Health Canada / Santé Canada

SHARING THE LEARNING

# The Health Transition Fund

## SYNTHESIS SERIES

## Mental Health

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

*Health Canada*

The opinions expressed in this publication are those of the author and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-8
ISBN 0-662-66311-X

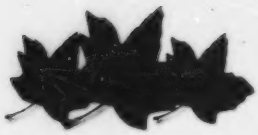
SHARING THE LEARNING

# The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

## Mental Health

**Elliot M. Goldner MD, MHSc, FRCPC**
Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit
Department of Psychiatry, University of British Columbia



102-06330/

# Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision-making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmaceutical issues, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings in the mental health theme area. It has been prepared by Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Director of the Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

The HTF supported 24 projects related to the theme of mental health policy and practice. These studies provided an opportunity to examine a series of innovations in mental health practice and allowed a thoughtful investigation of contextual issues germane to the implementation of new mental health services in Canada.

Unique historical features and complex demographic and societal factors have influenced the current landscape of mental health and mental illness across the nation and have helped to shape Canada's mental health policies. Although mental health services in Canada have been highly regarded, there are still prominent challenges in need of attention and creative solutions. In an effort to address some of these challenges, the 24 HTF projects explored various facets of mental health services and investigated innovations applied in the "real world" of Canada's system of health services and supports.

The HTF projects examined a wide range of mental health issues that affect people of all ages and backgrounds. They investigated solutions geared for people living in urban, rural, and remote communities. They pursued novel approaches to the delivery of mental health services while attending to the perspectives of a wide range of stakeholders: people directly affected by mental illness, family members, health providers, administrators, policy-makers, and researchers.

The HTF studies provided evidence supporting the value of new approaches to the delivery of mental health services. Project findings demonstrated:

- the effectiveness of relocating certain mental health services to primary care settings;
- the efficacy of a locally based "re-integration and achievement centre" for clients with chronic mental illness and addictions in a remote community;
- the acceptance by clients, family members, and nurses of home-based services for people with psychotic illnesses;
- the reliability and validity of a new tool that assesses the safety of home environments for people with dementia;
- the improved self-ratings of confidence and skill by primary care physicians who receive brief mental health education;
- the acceptance of an integrated model of service provision by parents of children with autism;

- the quality of life improvements for clients receiving concurrent assertive community treatment and treatment for substance-use disorders;
- the acceptance by parents and children of a brief psycho-educational intervention aimed to prevent affective disorder in the children of depressed parents;
- the acceptance by a wide variety of stakeholders in rural and remote communities of brief educational initiatives addressing the prevention of eating disorders and the treatment of people with these disorders;
- the acceptance by service recipients and providers of the use of "cultural brokers" in the mental health treatment of people of various ethno-cultural backgrounds;
- the acceptance by service recipients of a specialized service for people who have been victims of trauma; and
- the importance of national standardization of mental health information and communication systems to facilitate benefits and minimize risks.

Moreover, the HTF projects provided a valuable set of lessons regarding the implementation of new mental health practices. Taken in sum, the projects shed light upon essential contextual issues that may help to guide advancements in the Canadian mental health system. As a result of the HTF investigators' careful attention to the many variables that facilitated or impeded specific aspects of their project, a series of *critical success factors* has been identified:

- Set measurable goals for all pilot and demonstration projects.
- Realistically appraise the likelihood that pilot and demonstration project goals can be achieved.
- Include appropriate research methods and design characteristics to ensure that pilot and demonstration projects can effectively undertake intended evaluations or test stated hypotheses.
- Before a pilot project starts, ensure there is a commitment (including funding) for ongoing support should the project successfully achieve its goals.
- Before a pilot project starts, ensure all relevant stakeholders commit to a clearly outlined plan to terminate the project if it does not achieve its goals.
- Include a preparatory phase preceding implementation of a new program to prepare stakeholders and foster participation.
- Identify benefits offered to all stakeholders by new programs or projects.
- Promote meaningful participation in a new project by a wide network of stakeholders.
- Establish a knowledgeable and influential advisory group to provide support to project leaders.
- Have project leaders obtain advance start-up funds so that a new program or project begins smoothly.
- Allow for an extended timeline to ensure adequate opportunity for completion of new projects, given unpredictable delays and interruptions inherent in system and service environments.
- Before the project begins, make action plans to address anticipated obstructions.

- Make sure there is effective leadership in place.
- Select staff that are accepted by the key stakeholders.
- Prepare a well-planned and well-executed communication and dissemination plan.

The factors listed above may assist future efforts to implement mental health services in Canada and are also likely to be of use within the broader health care system.

*Health human resources* has been widely acknowledged as the dominant issue facing Canada's health system, and this certainly holds true in the area of mental health. Many of the innovations studied in the current HTF projects – e.g., information and communication technology advances, assessment tools, and educational programs – could potentially support and enhance the capabilities of the mental health workforce. In many instances, these same innovations may improve mental health system accountability, creating a more efficient and effective system, easing pressures, and enhancing the quality of available care. A number of the HTF projects also provide insights into the importance of *effective leadership* as one of the key success factors for implementing new mental health services.

Mental health policy and practice affect a wide variety of stakeholders and require communication and collaboration across sectors. Efforts to bridge sectors are needed at various levels of government and also at the level of day-to-day practice. The HTF projects have investigated integrative and collaborative approaches that may help advances on this front. Further, the current studies acknowledge the importance of grounding decisions in a solid foundation of evidence – a principle that requires continual reaffirmation and commitment.

The 24 HTF projects undertaken between 1997 and 2001 have made a substantial contribution toward a practical knowledge base in mental health policy and practice. They have also served to expand opportunities for people in communities across Canada to develop research skills and expertise; the HTF supported activity by community-based researchers and clinicians and gave them unprecedented opportunity to investigate important questions in mental health policy and practice. As a result, Canadians are entering the new millennium with a deeper and clearer pool of knowledge and resources to improve our approach to mental health and mental illness.

# Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate the evidence generated by the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the mental health theme area. It has been prepared by Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Director of the Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

## Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

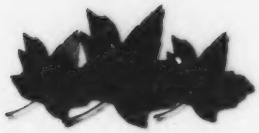
In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an intergovernmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

# Acknowledgements

The author wishes to thank his colleagues at the University of British Columbia's Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit (Mheccu), and in particular, Dr. Julian Somers, for assuming additional responsibilities while this synthesis report was prepared. Carl Lakaski and Dr. Jim Millar of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health kindly reviewed drafts, provided valuable suggestions, and unearthed rare copies of important documents. Dr. Paula Goering, who has been awarded the Canadian Health Services Research Foundation Chair in Mental Health Services Research, and Dr. Alain Lesage, president of the Canadian Academy for Psychiatric Epidemiology, also contributed astute observations and thoughtful suggestions. The author would like to thank the staff of Hollander Analytical Services Ltd. for its skillful assistance in the preparation of this synthesis document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.



# Table of Contents

Executive Summary ..... i

Preface ..... iv
Unique Nature of the HTF Projects ..... iv

Acknowledgements ..... v

List of Figures ..... vii

1. Setting the Context ..... 1
   1.1 Asylum, Deinstitutionalization, and Community-Based Mental Health Reform ..... 1
   1.2 Mental Health Policy and Practice: Evidence and Societal/Cultural Values ..... 3
2. Overview of the Health Transition Fund Studies ..... 6
3. Discussion of Significant/Relevant Findings ..... 7
4. Health Human Resources in Mental Health Policy and Practice ..... 9
5. Cross-Sectoral Implications of Mental Health Policy and Practice ..... 11
6. Implications for Policy and Practice ..... 12
7. Conclusions and Recommendations ..... 15

References ..... 18

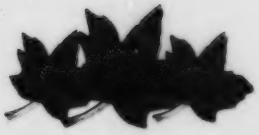
Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Mental Health

List of Tables

Table 1: Policy Issues Relevant to Mental Health System Reform ..... 3
Table 2: A Partial List of Innovative "Best Practices" in Mental Health Reform ..... 4
Table 3: Themes Identified by the National Consultation on Health Services and Policy Issues (2001) ..... 6
Table 4: Summary of Selected HTF Project Findings ..... 7
Table 5: Mental Health: Interested Groups (Stakeholders) ..... 11
Table 6: Success Factors – A Synthesis of HTF Findings Related to Practice Implementation ..... 13
Table 7: Strategies that Motivate People to Change ..... 14

List of Figures

Figure 1: Psychiatric Beds in Quebec ..... 1
Figure 2: Steps in the Introduction of New Practices ..... 12



# 1. Setting the Context

## 1.1 Asylum, Deinstitutionalization, and Community-Based Mental Health Reform

During much of the first century of Canada's nationhood, there were few treatments that could effectively reduce the suffering of people affected by severe mental illness. Following European examples, residential asylums were established to provide safe settings for physical and spiritual care and to shield residents from the harm and peril that commonly befell people with mental illnesses in cities and towns (Burgess, 1898; Deutsch, 1937; Shorter, 1997). A contrary view identifies less humanitarian motivations for asylum development: the segregation of those with mental illness from a society that did not want the discomfort of eccentric behaviour in its midst, and the self-interests of health professionals (Foucault, 1961; Goffman, 1961; Scull, 1989). Whatever motivations may have been in play within Canadian society, a policy of institutionalization led to the proliferation of psychiatric hospitals across the country. This trend continued until the 1960s, when the number of psychiatric beds peaked (see Figure 1, summarizing Quebec data, as an example).

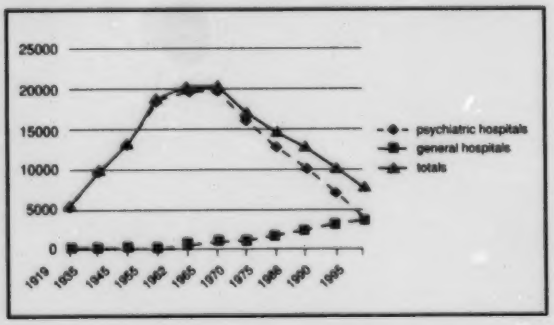



**Figure 1: Psychiatric beds in Quebec**

reproduced with permission from: Lesage et al 2000

Historiographic accounts of Canadian asylums (e.g., Krasnick Warsh, 1989; Shortt, 1986) provide insights to the complex societal and institutional factors that may have led most to be custodial rather than caring (Grob, 1973). These factors included overcrowding, inadequately trained staff, and public disregard for the plight of the mentally ill. Concern regarding the dismal conditions of some psychiatric hospitals, coupled with optimism that accompanied the introduction of new treatments (e.g., antipsychotic medication, psychosocial interventions), later buoyed public support for the policy of *deinstitutionalization*.[1] Figure 1 illustrates the profound downsizing of psychiatric hospitals that has proceeded unabated over recent decades. It also demonstrates that even though general hospitals have provided an increased number of beds for psychiatric care, the total number of psychiatric beds has plummeted.

Deinstitutionalization led to the need to develop adequate services in community settings for people with severe mental illness. Yet in spite of evidence of the profound burden of illness and disability caused by mental disorders (Murray & Lopez, 1996), a system of community-based services and supports that could replace institutional care for people with mental illness has not been adequately developed due to fiscal restraints, competing demands for health budgets, and broad social and environmental factors (Dear & Wolch, 1987; Goetz, McFarland, & Ross, 2000; Grob, 1994; McCubbin & Cohen, 1999; Rachlis & Kushner, 1994; Rochefort, 1997; Simmons, 1990; Torrey, 1996; Torrey & Zdanowicz, 1998).

In recent years, researchers have collected data demonstrating the poor health status of people with mental illness (Alexander, 1996; Newman & Bland, 1987, 1991) and the high proportion of mental illness in the growing homeless populations of Canada's cities (Acorn, 1993; Morrell-Bellai, Goering, &

1. *Deinstitutionalization* refers to the transfer of treatment for people with chronic mental disorders from inpatient psychiatric institutions to community-based facilities emphasizing outpatient care.

Boydell, 2000; Raynault, Battista, Joseph, & Fournier, 1994; Stuart & Arboleda-Florez, 2000). There is also evidence of an influx of the mentally ill to jails (Belcher, 1988; Zapf, Roesch, & Hart, 1996) and high rates of violent criminal victimization of people affected by mental illness (Hiday, Swartz, Swanson, Borum, & Wagner, 1999).

Another grim feature of the Canadian mental health landscape is the toxic co-morbidity that frequently develops when substance-use disorder combines with other mental health problems. Although sometimes described as "dual diagnosis," the combination of substance misuse and severe mental disorder commonly results in the disastrous accumulation of three, four, or more diagnoses – e.g., HIV illness, hepatitis or tuberculosis related to intravenous drug use, liver cirrhosis consequent to chronic alcohol use, and neuro-psychiatric deterioration following acute or chronic use of various substances. Such combinations of mental and physical illness have led to many tragic circumstances across Canada (Davis, 1998; Poulin, Gyorkos, Joseph, Schlech, & Lee, 1992; Stuart & Arboleda-Florez, 2000; Weir, 2001). These circumstances have become evident in urban communities, such as Vancouver's downtown core (home to a large proportion of people with severe mental illness), where a spiraling increase in deaths attributed to illicit drug abuse had become the leading cause of death among 30- to 44-year-olds (Chief Coroner of British Columbia, 1995). Such tragedy also darkens the lives of people in rural and remote communities, as exemplified by the devastatingly high suicide rate of young Inuit people in Nunavut, most of whom have had a history of emotional distress or depression (Isaacs, Keogh, Menard, & Hockin, 1998).

To further put the mental health of Canadians into context, it is important to recognize the ethnocultural diversity that characterizes Canada's population, which is known to have an important and distinctive relationship to the experience of illness and healing (Boone, Minore, Katt, & Kinch, 1997; Kirmayer & Young, 1999; Peters & Demerais, 1997; van Uchelen, Davidson, Quressette, Brasfield, & Demerais, 1997). The impact of anticipated demographic, social, and economic changes on the mental health of Canadians also warrants attention. A substantive change in Canada's demography will soon be felt as a large proportion of the population enters old age; an estimated consequence is a doubling in the prevalence of dementia (Bland, 1998). One demographic characteristic that is unlikely to change is the vast geographical dispersion of Canada's population – the attendant challenges in providing health care across such great distances are felt most acutely by communities in remote areas of the country.

Attempts to improve the Canadian mental health system are not new. Innovations in the delivery of community-based mental health care can be traced back many decades in Canada's history (Pettifor, 1983), with substantial policy-directed efforts to reform the mental health system underway since the 1970s (Mercier & White, 1995; Read & Gehrs, 1997). However, unyielding barriers have often impeded attempts to improve mental health systems (Kendrick, Burns, Garland, Greenwood, & Smith, 2000; Leighton, 1984; Marks & Scott, 1990; McAlpine & Mechanic, 2000; McCubbin & Cohen, 1999; Narrow et al., 2000; Pandiani, Murtaugh. & Pierce, 1996; Roth, Lauber, Crane-Ross, & Clark, 1997). Such barriers are manifold and complex; prominent among them are the following:

- public indifference to the plight of people with mental illness (often fuelled by misinformation, stigmatization, and fear);
- difficulties in mounting political lobbying efforts due to the poverty and disability of people affected by mental illness, and their consequent disadvantage in competing with other groups for limited health care services and supports;
- resistance to system changes by administrators, health professionals, and others who could risk loss of authority, income, or status as a result of

reallocation of resources or restructuring of governance;

- the low status that mental health care has generally been assigned within health care professions (a result, in part, of the relative absence of technological tools associated with mental health care during an era in which technological development has been highlighted); and
- the abundance of ethical dilemmas associated with mental health care that are controversial and actively debated by fractious constituent groups (e.g., compulsory treatment orders, use of psychiatric medications in the treatment of children); attempts to address such important dilemmas will typically slow processes markedly and may hinder definitive action.

In the face of such barriers, it is all the more remarkable that mental health services in Canada have advanced as far as they have over recent decades. Such advancement is demonstrated not only by the availability of improved treatment methods and techniques, but also in the acceptance of enlightened values and treatment philosophies – e.g., increased attention to the rights and preferences of people with mental illness, and greater respect for the contributions of consumers and families to planning, decision-making, and evaluation efforts.

## 1.2 Mental Health Policy and Practice: Evidence and Societal/Cultural Values

Recent decades have seen intensified efforts to adhere to *evidence-based policy and decision-making*, guided by high-quality information, generally derived from well-conducted and well-interpreted research studies (Lomas, 2000). An evidence-based approach has also been highlighted as an important philosophical underpinning for professional mental health practice (Goldner, Abbass, Leverette, & Haslam, 2001). Policy issues are legion and can be categorized into countless divisions and frameworks. Table 1 provides a partial list of policy issues relevant to mental health system reform, drawn from various sources.

**Table 1: Policy Issues Relevant to Mental Health System Reform**

- Rights of consumers and families[a,b,c,f,g,k]
- Continuity of care across time, place, and providers[a,b,e,f,g,h,k]
- Efficiency and rationalized allocation of resources[a,b,f,k]
- Effectiveness of services and supports[a,b,f]
- Acceptability of services to full range of stakeholders[a,b,f,g,h,j]
- Accountability structures[a,b,f,h,j,k]
- Appropriateness of services and ability to meet expected standards[a,f]
- Competence of service providers[a,f]
- Safety and risk minimization[a,f]
- Accessibility of services and supports [a,f,h,j]
- Shift from institutional to community-based programs [b,c,d,e,f,g,j,k]
- Addressing the broad determinants of health [b,c,e,g,i,j]
- Devolving governance to regional authorities [b,c,f,h,k]
- Coordination with other policy and service sectors [b,c,g,h,i,j,k]
- Consumer involvement in shaping policies and practices[b,c,f,g,h,i,j,k]
- Fiscal models and their impact on health services and systems[b,f,h,k]
- Addressing conflict between evidence and values[e]
- Complementary or alternative medicine[e]
- Sharing of information between agencies[e,g]
- Ensuring access to services by people with severe mental illness[f,h]
- Physician funding mechanisms and integration with other mental health service providers[h,k]

[a] Canadian Institute for Health Information (1999)
[b] Health Systems Research Unit (1997b)
[c] Trainor et al. (1992)
[d] Nasir (1994)
[e] Health Canada (1997)
[f] McEwan & Goldner (2001)
[g] Health and Welfare Canada (1988)
[h] Bachrach, Goering, & Wasylenki (1994)
[i] Stephens (1998)
[j] Driscoll (1998)
[k] Gourlay (1998)

A prescient national policy document released by Health and Welfare Canada in 1988, *Mental Health for Canadians: Striking a Balance*, drew attention to the broad determinants of mental health and emphasized the importance of mental health promotion. This perspective was further developed in the Canadian Mental Health Association's (CMHA) *Framework for Support* (Trainor, Pape, & Pomeroy, 1992), which highlighted the importance of services and supports that had traditionally been outside the formal mental health service delivery system. The CMHA envisioned a broadened network of community services and supports that included community housing, meaningful work opportunities, self-help, and family support.

This broadened perspective constituted a paradigm shift that was not readily embraced by the traditional coterie of professional service providers, who were often reluctant to recognize these additional services (e.g., housing and employment opportunities) as equals. Further, acknowledgement of the need for this wider range of services immediately posed the thorny problem of budget allocations by government ministries, often resulting in an endless game of "pass the ball."

A 1992 symposium entitled "An Overview of Canada's Mental Health System" led to the publication of a series of papers edited by Bachrach, Goering, and Wasylenki (1994). The series provided an overview of the unique nature and values of Canada's mental health system, often drawn out through comparisons with its counterpart in the United States (Bachrach, 1994a, 1994b; Beiser & Edwards, 1994; Bigelow & McFarland, 1994; Bigelow, Sladen-Dew, & Russell, 1994; Freeman, 1994; Goering, Wasylenki, & Macnaughton, 1994; Mercier & White, 1994; Wasylenki, Goering, & Macnaughton, 1994). Canadians could certainly feel proud, given the praise from eminent Americans who saw a kinder, gentler mental health system than their own, one that made an earnest attempt to provide universal care to those in need.

An important series of documents related to mental health policy and practice, *Best Practices in Mental Health Reform* (Health Systems Research Unit, 1997a; 1997b; 1997c), was commissioned by the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health and produced by the Health Systems Research Unit of the University of Toronto's Clarke Institute of Psychiatry (now the Centre for Addiction & Mental Health). Although the term "best practices" occasionally draws criticism (perhaps due to the misperception that it denotes irrefutable superiority and limits exploration of alternatives), it was originally adopted with the goal of recognizing the importance of evidence in implementing practice reforms. Using an evidence-based approach, Goering and her colleagues identified salient policies and practices, producing a theoretical and practice-based context for a list of clinical and system strategies, which has been widely used by policy-makers, planners, and administrators to aid mental health system reform. Reflecting this work, Table 2 provides a partial list of clinical practices in mental health that have been considered to be at the forefront of innovation and quality improvement (Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care, 2000; Drake & Mueser, 1996; Health Systems Research Unit, 1997a; Marks & Scott, 1990; Morgan, 1993; Seaburn, Lorenz, Gunn, Gawinski, & Mauksch, 1996).

**Table 2: A Partial List of Innovative "Best Practices" in Mental Health Reform**

- Assertive community treatment
- Enhanced case management
- Mobile crisis response
- Home-based mental health services
- Supported employment and psychosocial rehabilitation
- Supported independent living
- Shared and collaborative care: Primary health care and specialized mental health services
- Collaborative family services and supports
- Integrated services for co-morbid disorders
- Promotion of early intervention
- Enhanced information sharing

The level of evidence available to support the effectiveness of practices listed in Table 2 varies considerably, and further effort will be needed to better evaluate their effectiveness and usefulness in various settings. Many of the newer mental health practices have only recently been implemented in Canadian systems; there is a need to share information and experience across the country. It is in the spirit of such examination that many of the current HTF projects were undertaken.

A series of documents was released by the Mental Health Promotion Unit in 1998 as a component of the *National Plan for Promoting Health* (Driscoll, 1998; Gourlay, 1998; Stephens, 1998). The authors provided scholarly reviews of policy issues pertinent to mental health systems in Canada, summarized the various initiatives that were underway in each province and territory, described relevant fiscal and legislative structures, and reviewed findings of the National Population Health Survey with a focus on mental health status. The series called attention to *population health* and *health promotion* perspectives, with far-reaching implications for the conceptualization and delivery of mental health services. We could no longer maintain a myopic viewpoint that saw only those who, by some fluke, found their way into our hospitals and clinics. Instead, our eyes were focused upon the full landscape – viewing not only those with chronic or severe illness, but also the whole population of those who might be affected by mental illness. Along with the dreadful realization that the task was even greater than had previously been imagined came the promise that a shrewd investment of resources might prevent a legion of problems. Like the proverbial stitch in time, one critically positioned mental health initiative might indeed "save nine."

Policy trends in Canada's mental health system during the 1980s and 1990s reflected the need to reallocate resources from formal services to consumer- and family-directed activities and reconfigure patterns of power and influence within the mental health system of services (Trainor, Pape, & Pomeroy, 1997). During the same period, most regions of the country were actively reorganizing health services, shifting governance to regional authorities (Lomas, Woods, & Veenstra, 1997). By the year 2000, policy-makers had focused attention on system accountability.

The Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health commissioned a report addressing accountability in the mental health system. *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports: A Resource Kit* was produced by the University of British Columbia's Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit (McEwan & Goldner, 2001). Using the *Health Indicators Framework* developed by the Canadian Institute for Health Information (1999), McEwan and Goldner outlined methods to nest the measurement of mental health systems and services within an evidence-based approach. A fundamental principle emphasized by the authors was the importance of tracking system performance in the context of clear policy-related goals and objectives.

Key health research and health services organizations undertook a Canada-wide consultation (Canadian Health Services Research Foundation, 2001) to identify research themes addressing issues that are likely to be most prominent for policy-makers and managers during the current decade. Table 3 lists the primary and secondary themes that emerged as a result of the consultation – each highly relevant to mental health policy and practice. It is notable that one of the primary themes is *improved access for "marginalized" groups*, with explicit attention to people affected by mental illness. This may be interpreted as a signal of increased recognition of the importance of mental health services in the overall landscape of health care.

**Table 3: Themes Identified by the National Consultation on Health Services and Policy Issues (2001)**

PRIMARY THEMES

- Health human resources
- Financing and public expectations
- Governance and accountability
- Driving and managing system change
- Improving quality
- Health care evaluation and technology assessment
- Public advice-seeking in the era of e-health
- Improved access for "marginalized" groups

SECONDARY THEMES

- Primary health care
- Globalization
- Regionalization
- Population health
- Continuum of care and delivery models
- Performance indicators, benchmarks, and outcomes
- Evolving role of informal and voluntary care

Many of the values inherent in Canadian mental health policy – i.e., social justice, societal pluralism, cultural relevance, psychological uniqueness, and social space – have received praise from eminent observers (Bachrach, 1994a; Bachrach 1994b; Torrey, Bigelow, & Sladen-Dew, 1993). The current fiscal pressures that accompany efforts to improve community mental health services constitute an acid test of Canada's commitment to these values and to the long-cherished ideal of universal access to care. Further, the palpable need for better solutions to the substantive mental health problems affecting so many Canadians constitutes an important challenge. In an effort to address this challenge, the HTF projects focused attention upon a series of vital issues prominent in contemporary mental health care and investigated innovative responses implemented in the Canadian environment.

# 2. Overview of the Health Transition Fund Studies

The 24 projects supported by the HTF related to mental health policy and practice are listed in Appendix A. Each is intrinsically related to policy issues described in Tables 1 and 3 of this document, and in combination the 24 projects examined many of the innovative practices listed in Table 2. Three projects focused attention specifically on services to children (SK324, PE421, AB301-9), while others also examined issues relevant to the treatment of young people (NS421, ON321). A substantial number of studies looked at mental health services for older adults (NA221, NA122, QC428) and adults with severe mental illness (QC407, NA149, BC121, QC408, QC434). New approaches to mental health service delivery were investigated, including models that emphasized primary care (AB301-3, NS421, ON321, AB301-10), home-based services (QC407, NA149, BC121), technological advances (QC430, BC423), attention to housing (QC408, QC434), cultural understanding (QC424, AB301-3), prevention (SK423), enhanced case management or consultation (SK329, BC124), and education and service integration (SK324, PE421, QC407, NS421, QC408, QC434, SK327). Some important issues in mental health policy and practice that were *not* studied were those related to supported employment, occupational rehabilitation, and models addressing emergency and crisis response to mental health problems.

# 3. Discussion of Significant/ Relevant Findings

The discussion below highlights some of the central findings associated with the HTF projects. General findings of the studies that are supported by evidence are emphasized in the summary of findings (Table 4).

A number of projects examined service models in urban centres. Results of *8th and 8th Health Centre Proposal for a Formative Evaluation* (AB301-3) suggested that hospitalization for mental illness could be averted by the availability of a centrally located 24-hour integrated community care centre. *Shared Mental Health Care in Primary Health Care Practice* (AB301-10), which examined a model that placed integrated mental health care within urban family physician offices, was associated with improvements in the quality of care. This is a welcome finding given the results of a descriptive study, *Evaluation of Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation for Elderly Depressed Patients* (QC428), which examined communication barriers that arose during consultation between primary care physicians and geriatric psychiatrists in traditional models of medical services. *Delivery of Integrated Care for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders in Their Home Environment* (QC407) evaluated the integration of treatment for substance-use disorder with services for severe mental illness within an assertive community treatment model in Montréal. A retrospective evaluation of culturally informed services provided by the Edmonton Centre for Survivors of Torture and Trauma (AB301-13) suggested that clients experienced improved physical and mental well-being. Social support was identified as an important determinant of health. In *Development and Evaluation of a Cultural Mental Health Consultation Service* (QC424), interpreters and "cultural brokers" helped overcome barriers to communication and understanding of people from a broad range of ethnocultural backgrounds, including new immigrants and refugees.

Challenges associated with the provision of mental health services to people living in remote regions of Canada were addressed in *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* (QC434). Through establishment of an "achievement centre" in Inukjuak, persons affected by severe mental problems and intellectual disability

**Table 4: Summary of Selected HTF Project Findings**

- Effectiveness of relocating certain mental health services to primary care settings
- Efficacy of a locally based "re-integration and achievement centre" for clients with chronic mental illness and addictions in a remote community
- Acceptance by clients, family members, and nurses of home-based services for people with psychotic illnesses
- Reliability and validity of a new tool that assesses the safety of home environments for people with dementia
- Improved self-ratings of confidence and skill by primary care physicians who receive brief mental health education
- Acceptance of an integrated model of service provision by parents of children with autism
- Quality of life improvements for clients receiving concurrent assertive community treatment and treatment for substance-use disorders
- Acceptance by parents and children of a brief psycho-educational intervention aimed to prevent affective disorder in the children of depressed parents
- Acceptance by a wide variety of stakeholders in rural and remote communities of brief educational initiatives addressing the prevention of eating disorders and treatment of people with these disorders
- Acceptance by service recipients and providers of the use of "cultural brokers" in the mental health treatment of people of various ethnocultural backgrounds
- Acceptance by service recipients of a specialized service for people who have been victims of trauma
- Importance of national standardization of mental health information and communication systems to facilitate benefits and minimize risks

were provided with community-based services and supports, diminishing the need for them to move to distant urban treatment centres. *Eating Disorders Project North* (BC403) sought to help residents of 30 rural and remote communities in British Columbia prevent eating disorders and provide treatment for people affected by them. The study also proposed a theoretical framework that promotes a more comprehensive and integrated approach to prevention, intervention, diagnosis, and therapy, and makes the case for directing a larger proportion of resources to prevention and early intervention.

Up until recently, hospitalization for psychosis was seen to be the safest route for the patient and society. It was believed to be too risky to try to treat psychotic patients at home. But *Home-Based Program for Treatment of Acute Psychosis* (BC121) in Victoria added further weight to previous studies (e.g., Wasylenki, Gehrs, Goering, & Toner, 1997) that showed these patients can be safely managed, stabilized, and returned to a reasonable level of function without the disruption of admission to a psychiatric unit. In BC121, patients were treated by a team of specially trained nurses; the study found that, on average, people receiving the treatment and their respective family members preferred home-based treatment over hospital care. The study also identified organizational factors that serve either to present barriers or facilitate development of such home-based services. A unique aspect of the study was the home-based initiation of Clozapine therapy (a medication that has traditionally been used in hospital settings only) for a number of individuals who received treatment in the course of the project.

*Home Care and People with Psychiatric Disabilities: Needs and Issues* (NA149) undertook a national evaluation of the issue and also evaluated three site-specific pilot programs located in St. John's, Newfoundland; Ottawa, Ontario; and Taber, Alberta. The study concluded that home-based services for people with psychiatric disabilities can provide an effective and cost-efficient model of care deserving of national attention. *Enhanced Case Management Project* (BC124), also addressing home-based services, was able to increase the knowledge, awareness, or confidence of service providers and family caregivers providing home care to non-institutionalized persons with dementia, while *Safety of Persons Suffering from Dementia and Living at Home* (NA122) developed and evaluated tools to assess the safety of elderly people with dementia who are living at home.

Home-based care, which is well-regarded by clients, nurses, and family members, seems to be not only a safe and medically effective model, but also one that has the potential to save the health care system money by an efficient use of resources. However, dedicated funds are required to facilitate implementation. Policy-makers should look for ways to pilot this model, with adequate support and training of the nursing staff in their communities, as this is bound to be a burgeoning area of mental health treatment.

In *Improving Identification, Early Intervention and Outcomes for People with Mental Illness in the Community: A Model for Primary Care Services Integration in the Area of Mental Health* (NS421), four sites in Nova Scotia successfully implemented a shared mental health care model in order to achieve early intervention and improved outcomes for people with mental illness. Investigators reported improved access, decreased waiting times, and a reduced number of visits to emergency rooms. Early identification and intervention were also primary goals identified in two

projects addressing children at risk for mental health problems – *Day Care Consultation Services* (SK329) and *Enhance and Evaluate COPE: A School Based Primary Care Initiative* (AB301-9). Results indicated that the incorporation of specialized programming into schools and pre-school day-care services may produce earlier and more accurate identification of problems and easier access to treatment. *Integrating Services for Families with Affective Disorder* (SK423) evaluated two preventive interventions that sought to minimize the development of psychiatric disorders in children of parents with depressive illness.

*Mental Health On-Line* (BC423) investigated the use of information systems and provided recommendations to enhance information transfer within and across various sectors of the mental health system while protecting the privacy and confidentiality of people affected by mental disorders. The project examined the impact of regionalized governance and identified the importance of having standardized and comparable mental health information across Canada.

The projects led to sustainable changes in the delivery of mental health services in various jurisdictions. In some instances, successful pilot demonstrations led to annualized funding support from decision-makers on the basis of quality improvement and/or cost-effectiveness. Many projects produced new resources such as literature reviews, Web sites, assessment tools, manuals, glossaries, and evaluation frameworks; each of these will facilitate wide dissemination of knowledge.

# 4. Health Human Resources in Mental Health Policy and Practice

In 2001, five national organizations in Canada with responsibilities for health services and research[2] jointly undertook an extensive consultation on the strategic issues facing the health sector, *Listening for Direction* (Canadian Health Services Research Foundation, 2001). Policy-makers, managers, and clinical organizations identified *health human resources* as the dominant issue for the next two to five years.

Canada's health workforce is a precious and superlative resource; many of its professional staff, administrators, programmers, scientists, and specialist workers stand tall among the world's best. Canadians have made major contributions to health sciences research and clinical practice while maintaining a system that strives to provide universal access. However, recent decades have seen this lustrous workforce lose some of its shine. Health workers have expressed growing dissatisfaction; job action is a more common occurrence; and many health professionals are advising young people to pursue alternative careers. Noticeable throughout the health workforce, such disenchantment is certainly seen among mental health workers, who may feel beleaguered and overwhelmed by the dizzying whirl of ideas, ethics, and emotions that are attached to mental health issues. Many mental health workers carry a heavy load and experience substantial work-

2. The organizations were the Advisory Committee on Health Services of the Conference of Federal/ Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health; the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; the Canadian Health Services Research Foundation; the Canadian Institute for Health Information; and the Institute of Health Services and Policy Research of the Canadian Institutes of Health Research.

related stress. When pushed to make major changes in their work in accordance with mental health reform, it is not surprising that the response might be negative. Yet in order to implement the shifts that are envisioned in mental health reform initiatives, the workforce will have to undergo substantial redeployment, reconfiguration, and re-skilling (Health Systems Research Unit, 1997c). The mental health workforce includes workers in numerous health professions and disciplines; its rich diversity is often considered to be one of its strengths. However, inter-profession conflict regarding roles and division of labour is prominent and easily ignited by movements to redeploy mental health workers.

Various support and self-help organizations, special interest groups, and government agencies have signalled the need to ensure adequate monitoring and quality control of health workers. Although most health workers aspire to high ethical standards and respond conscientiously to the trust that society confers on them, instances of flagrant harm or abuse have fuelled concerns that some monitoring mechanisms are inadequate. Beyond unusual circumstances of harm and abuse of trust, we must acknowledge a much more common dilemma that arises when the interests of health workers are in conflict with those of their patients/clients. For a simple and frequently encountered example, consider a situation in which work shifts and hours that are most desirable to health workers are undesirable for patients/clients, resulting in poor continuity of care. How is this conflict appropriately resolved? Both groups have legitimate needs and an optimal balance must be achieved. To be in good working order, our mental health system must ensure that its human capital is well nourished and supported. In addition, the system must protect the interests of those receiving care and ensure that adequate mechanisms are in place to guarantee quality care and guard against folly.

Many of the innovations studied in the HTF projects offer promising opportunities to support and enhance the capabilities of the mental health workforce. These include advances such as telehealth technologies, electronic databases, internet resources containing evidence-based information, assessment tools, and educational programs – developments that may ease some of the difficult tasks facing the mental health workforce and encourage recruitment and retention. In many instances, these same innovations may help the mental health system support people affected by mental illness by monitoring the quality of services and assuring system accountability. Thus, many of these innovations are tools to create a more efficient and effective system, easing pressures and improving the quality of care available.

Effective leadership is one of the success factors identified in a number of the HTF projects. Increased attention to the importance of leadership is warranted and has been flagged as an area that is conspicuously neglected within mental health systems (Shore & Vanelli, 2001), an observation that certainly rings true within Canada's system. The inspiration, values, and vision that a capable and respected leadership can infuse are key ingredients to a successful system. In our haste to put together a palatable yet economical spread, we are at risk of eliminating such essential ingredients. With recognition of the importance of leadership, new models, tools, and programs for leadership development are now emerging (e.g., Robbins, Bradley, & Spicer, 2001; Wright, Rowitz, & Merkle, 2001).

The relationship between leadership and system change is worthy of further investigation. Reinharz, Contandriopoulos and Lesage (2000) found, in a study of deinstitutionalization, that a group of health professionals was able to embrace a planned change and transform it into a useful instrument in their efforts to be assigned a central role in the health system and thus consolidate their leadership in the health care sector.

# 5. Cross-Sectoral Implications of Mental Health Policy and Practice

Mental health problems and mental illnesses affect the lives of many people. Further, people in a wide variety of roles have a stake in providing treatment or support, or work to influence some aspect of the mental health system itself. Table 5 presents a lengthy, though not exhaustive, list of interested parties (*stakeholders*). It is arranged in no particular order, but is meant to acknowledge the vast audience that attends to and influences mental health issues.

How are the multiple rights, needs, and wishes of the various stakeholders adequately represented and balanced? Recently, organizational models that seek to incorporate multiple perspectives have been developed (e.g., Boyce, 2001; Jackson, 2000). Nevertheless, the large number of sectors that would ideally be included and represented in mental health decision-making and practice implementation presents a substantial challenge to governance and integration efforts.

One attempt to solve cross-sectoral challenges has been the establishment of "inter-ministerial" or "inter-agency" committees and task groups. Although these may be of value, they often suffer from their inevitable position as second-rate priorities; when system pressures are high (i.e., most of the time), cross-sectoral efforts are typically put on the back burner and left to smolder.

A unique approach has recently been implemented in British Columbia with the establishment of a Minister of State for Mental Health.[3] This appears to be a direct acknowledgement of the importance of mental health issues within society and provides a prominent office, with a seat in cabinet, to oversee governance and administration of the provincial mental health system.

**Table 5: Mental Health: Interested Groups (Stakeholders)**

- General public
- People directly affected by mental health problems or illnesses
- Families, friends, or colleagues of people directly affected
- Clinicians, health professionals
- Other health workers
- Administrators, managers
- Policy-makers, governors, and decision-makers
- Social workers and others providing social services (including residential and employment-related supports)
- Judiciary, barristers, and solicitors
- Police
- Other workers in the criminal justice system
- Clergy and pastoral services
- Support and self-help agencies and associations
- Volunteer and community support agencies
- Teachers, school counsellors, and others working in schools
- Employers
- Insurance providers
- Policy advocates, lobby groups
- Health industries
- Store owners and other business groups
- Research scientists and research staff
- Journalists, writers, film-makers, artists

More efforts to bridge the distance between sectors are needed. The many perspectives associated with various stakeholder groups and the philosophies that underlie these may conflict. Collaborative models are increasingly being promoted and show substantial promise (Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care, 2000; Seaburn, Lorenz, Gunn, Gawinski, & Mauksch, 1996). As demonstrated by the HTF projects, shared and integrated mental health services provide practical solutions to improve quality and efficiency. Furthermore, they serve to influence

3. The Honourable Gulzar Cheema was appointed British Columbia's Minister of State for Mental Health on June 5, 2001.

each of the collaborators so that respective philosophies are enriched, and accumulated knowledge is expanded and integrated. Although it may be difficult to break the silos and broker such partnerships, these are essential goals to an improved mental health system.

If we are to move toward improved integration, we must also recognize the importance of debate and provide opportunities for cross-sectoral discussion and policy-making. It is critical to maintain a commitment to evidence-based decision-making and put mechanisms in place that protect against political decisions that are contrary to evidence. Although it would be naïve to deny that political factors will continue to play a role in decision-making, a reasonable goal would be to set political decisions firmly within the culture of evidence – i.e., choosing to support evidence-based policy A, B, C, or D. However, evidence to guide many important decisions is still lacking. In order to better inform evidence-based decision-making, there is an urgent need for increased attention to policy-related questions (Macintyre, Chalmers, Horton, & Smith, 2001) and an augmentation of research capacity in this area (Jenkins, 2001).

# 6. Implications for Policy and Practice

With but a few exceptions, the majority of the HTF projects implemented a new practice and simultaneously undertook to study or evaluate some component of the practice or some aspect of the implementation. An important product (i.e., *deliverable* in administrative jargonese) of each project is a set of findings and conclusions that can inform a wide variety of interested groups (i.e., *stakeholders* – more jargonese) about the new practice or about its implementation in the local site. In many instances, innovations in mental health practice that had been found to be promising in other settings were "field-tested" (Figure 2). If the reader might indulge an agricultural analogy, consider the HTF investigators as innovators who have obtained newly bred hybrids that have shown promising results when grown in the distant greenhouses where they were developed. The HTF projects are akin to the important subsequent step ("Field Testing and Local Evaluation" in Figure 2) in which we discover whether these new hybrids will thrive under different conditions, planted in local fields and exposed to the prevailing climatic conditions. Will the crop flourish in Canadian soil and become an important and sustainable source of nourishment? Or will it wither as the result of an unsuitable environment or inclement weather?

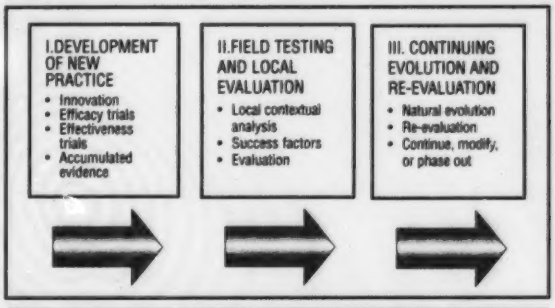



**Figure 2: Steps in the Introduction of New Practices**

Many of these HTF projects have provided a rare and invaluable opportunity to study the activation of new mental health practices in the "real world." The complex processes entailed in implementing such innovations are infrequently considered – yet an improved understanding of the processes that foster or obstruct system change is essential to the success of these initiatives. Taken together, the 24 projects have provided a rich store of knowledge to inform future efforts to implement new service models and facilitate system change. Many of the investigators diligently identified process elements that affected the course of their projects. An examination of the full cluster of projects also provides an opportunity to identify overarching critical success factors. Table 6 is a synthesis of the various factors that helped or blocked new practices and system change.

When taking a few steps back in an attempt to view the overall picture that emerges when the project findings are combined, one image seems very clear – many of the innovations that have been developed in community-based services produce significant benefits for people affected by mental illness and for their families. These models of mental health service that help maintain stable living circumstances and provide support to people in natural and comfortable settings – such as in school, at home, in the offices of family physicians – support the integrity of social networks and minimize disruption and marginalization. Given the oppressive stigma that appears so firmly affixed to mental illness (Crisp, Gelder, Ris, Meltzer, & Rowlands, 2000), approaches that promote healthy social integration and preserve the dignity of individuals and families that experience mental illness are of great importance.

If such innovations in mental health services can measurably improve the quality of care received and the quality of life of the recipients – *why does it seem so difficult to effect substantial change to the system?* Decades have come and gone, along with policy-directed reforms that were intended to create a strong network of community-based supports; the years have passed with only small movements forward. Most resources spent in the mental health sector are still devoted to acute hospital admissions, yet the bulk of treatment and support will be needed over the long course of illness that many people face. Clearly, the home-based, school-based, and community-based models of treatment that were implemented in a number of the HTF projects provide appealing

**Table 6: Success Factors – A Synthesis of HTF Findings Related to Practice Implementation**

- Set measurable goals for all pilot and demonstration projects.
- Realistically appraise the likelihood that pilot and demonstration project goals can be achieved.
- Include appropriate research methods and design characteristics to ensure that pilot and demonstration projects can effectively undertake intended evaluations or test stated hypotheses.
- Before a pilot project starts, ensure there is a commitment (including funding) for ongoing support should the project successfully achieve its goals.
- Before a pilot project starts, ensure all relevant stakeholders commit to a clearly outlined plan to terminate the project if it does not achieve its goals.
- Include a preparatory phase preceding implementation of a new program to prepare stakeholders and foster participation.
- Identify benefits offered to all stakeholders by new programs or projects.
- Promote meaningful participation in a new project by a wide network of stakeholders.
- Establish a knowledgeable and influential advisory group to provide support to project leaders.
- Have project leaders obtain advance start-up funds so that a new program or project begins smoothly.
- Allow for an extended timeline to ensure adequate opportunity for completion of new projects, given unpredictable delays and interruptions inherent in system and service environments.
- Before the project begins, make action plans to address anticipated obstructions.
- Make sure there is effective leadership in place.
- Select staff that are accepted by the key stakeholders.
- Prepare a well-planned and well-executed communication and dissemination plan.

alternatives to many of the traditional and prevailing patterns of care, which are too often characterized by frequent emergency room visits, repeated hospitalizations, and missed outpatient appointments.

Theories that examine factors promoting and obstructing change have been developed within diverse disciplines and intellectual frameworks, including organizational theory, economics, psychology, sociology, biology, religious studies, physics, political science, history, and anthropology. Classical organizational theory (e.g., Taylor, 1911; Fayol, 1949) was based on assumptions that human nature leads workers to be lazy and to avoid doing more than the minimum. Contemporary organizational theories no longer adopt such assumptions and work to enhance the inherent strengths of the workforce while attending to environmental factors (e.g., Hammer & Champy, 1993; Lartin-Drake, Curran, & Gillis-Donovan, 1996; Senge, 1990).

The *transtheoretical model*, constructed to shift behaviours that are particularly resistant to change, draws upon social, cognitive, and motivational psychology and is widely used to help individuals with substance-use disorders. The key strategies used in this model, originally developed by Prochaska and DiClemente (1982), have been described by Miller and Rollnick (1991) and are listed in Table 7. Are people who work in the mental health system likely to be supported by strategies such as these when change is undertaken? Do managers, supervisors, and senior clinicians generally respond in this manner in order to support the desired shifts in the system? There is probably a great deal of variability in the system, and the characteristics of the health services environment that facilitate forward change and foster development are worthy of careful study.

Many other frameworks that seek to explain the dynamics of change can be effectively applied to better understand the forces that facilitate or resist change. Kotter (1996) has outlined a comprehensive model for achieving organizational change. A powerful device to effect change is a fiscal strategy that shapes practice patterns and workforce activities by selectively rewarding specific practices and patterns of care. A discussion of a number of fiscal strategies that have been used to create change in the mental health system (including a discussion of some of their drawbacks and limitations) is provided in the *Review of Best Practices in Mental Health Reform* (Health Systems Research Unit, 1997c).

**Table 7: Strategies that Motivate People to Change**

- Give useful advice
- Remove barriers and disincentives to change
- Provide choices
- Decrease the desirability of the current activity
- Demonstrate empathy
- Provide clear feedback
- Help clarify goals (that are realistic and attainable)
- Maintain an attitude of active helping

— adapted from Miller & Rollnick, 1991

Certainly we do not want change only for the sake of change – there is a need for a good measure of constancy and stability in any system (Scott & Marks, 1990). In many circumstances, change can be counter-productive or even destructive. Of particular concern is the "restructuring cure" that is sometimes undertaken at high levels of government. This is characterized by massive reorganization of reporting structures and relationships (e.g., development of new ministries and governance structures) that requires years of realignment of services, employees, and procedures. Such high-level "cures" generally provoke extensive activities and costs that detract from the system's ability to undertake its core mission and often contribute little in the end.

The sweeping changes that attend high-level system reorganization often come in response to dramatic events that have raised public concern and seem to necessitate a response from system governors. Unfortunately, these changes usually do not achieve the desired goal and, instead, often remove parts of the system that had been working well and had been meeting important health service needs.

It is not only high-level system reorganization that warrants careful consideration. Changes that occur at the level of clinical services and treatment programs may seem contrary to logic and likely to diminish rather than enhance available services. We certainly want to avoid wanton destruction of valuable services and resources that have required extensive efforts to build, a desire that is expressed well in a poignant chorus by well-known Canadian songwriter/musician/artist Joni Mitchell:

> *...and don't it always seem to go that you don't know what you got 'til it's gone...*[4]

The HTF projects have provided information on efforts to implement specific mental health service innovations such as home-based care, programs in remote regions, integrated services in urban communities, school-based programs, specialized community services, and information management procedures. As well, the projects have provided important insights into the process of change accompanying efforts to improve mental health services in the Canadian health care environment.

# 7. Conclusions and Recommendations

Health Canada's Health Transition Fund supported 24 projects related to the theme of mental health policy and practice. These studies provided an opportunity to examine a series of innovations in mental health practice and allowed a thoughtful investigation of contextual issues germane to the implementation of new mental health services in Canada.

Unique historical features and complex demographic and societal factors have influenced the current landscape of mental health and mental illness across the nation and have helped to shape Canada's mental health policies. Although mental health services in Canada have been highly regarded, there are still prominent challenges in need of attention and creative solutions. In an effort to address some of these challenges, the 24 HTF projects explored various facets of mental health services and investigated innovations applied in the "real world" of Canada's system of health services and supports.

The HTF projects examined a wide range of mental health issues that affect people of all ages and backgrounds. They investigated solutions geared for people living in urban, rural, and remote communities. They pursued novel approaches to the delivery of mental health services while attending to the perspectives of a wide range of stakeholders: people directly affected by mental illness, family members, health providers, administrators, policy-makers, and researchers.

The HTF studies provided evidence supporting the value of new approaches to the delivery of mental health services. Project findings demonstrated:

- the effectiveness of relocating certain mental health services to primary care settings;

- the efficacy of a locally based "re-integration and achievement centre" for clients with chronic mental illness and addictions in a remote community;
- the acceptance by clients, family members, and nurses of home-based services for people with psychotic illnesses;
- the reliability and validity of a new tool that assesses the safety of home environments for people with dementia;
- the improved self-ratings of confidence and skill by primary care physicians who receive brief mental health education;
- the acceptance of an integrated model of service provision by parents of children with autism;
- the quality of life improvements for clients receiving concurrent assertive community treatment and treatment for substance-use disorders;
- the acceptance by parents and children of a brief psycho-educational intervention aimed to prevent affective disorder in the children of depressed parents;
- the acceptance by a wide variety of stakeholders in rural and remote communities of brief educational initiatives addressing the prevention of eating disorders and the treatment of people with these disorders;
- the acceptance by service recipients and providers of the use of "cultural brokers" in the mental health treatment of people of various ethnocultural backgrounds;
- the acceptance by service recipients of a specialized service for people who have been victims of trauma; and
- the importance of national standardization of mental health information and communication systems to facilitate benefits and minimize risks.

Moreover, the HTF projects provided a valuable set of lessons regarding the implementation of new mental health practices. Taken in sum, the projects shed light upon essential contextual issues that may help to guide advancements in the Canadian mental health system. As a result of the HTF investigators' careful attention to the many variables that facilitated or impeded specific aspects of their project, a series of *critical success factors* has been identified:

- Set measurable goals for all pilot and demonstration projects.
- Realistically appraise the likelihood that pilot and demonstration project goals can be achieved.
- Include appropriate research methods and design characteristics to ensure that pilot and demonstration projects can effectively undertake intended evaluations or test stated hypotheses.
- Before a pilot project starts, ensure there is a commitment (including funding) for ongoing support should the project successfully achieve its goals.
- Before a pilot project starts, ensure all relevant stakeholders commit to a clearly outlined plan to terminate the project if it does not achieve its goals.
- Include a preparatory phase preceding implementation of a new program to prepare stakeholders and foster participation.
- Identify benefits offered to all stakeholders by new programs or projects.
- Promote meaningful participation in a new project by a wide network of stakeholders.

- Establish a knowledgeable and influential advisory group to provide support to project leaders.
- Have project leaders obtain advance start-up funds so that a new program or project begins smoothly.
- Allow for an extended timeline to ensure adequate opportunity for completion of new projects, given unpredictable delays and interruptions inherent in system and service environments.
- Before the project begins, make action plans to address anticipated obstructions.
- Make sure there is effective leadership in place.
- Select staff that are accepted by the key stakeholders.
- Prepare a well-planned and well-executed communication and dissemination plan.

The factors listed above may assist future efforts to implement mental health services in Canada and are also likely to be of use within the broader health care system.

*Health human resources* has been widely acknowledged as the dominant issue facing Canada's health system, and this certainly holds true in the area of mental health. Many of the innovations studied in the current HTF projects – e.g., information and communication technology advances, assessment tools, and educational programs – could potentially support and enhance the capabilities of the mental health workforce. In many instances, these same innovations may improve mental health system accountability, creating a more efficient and effective system, easing pressures, and enhancing the quality of available care. A number of the HTF projects also provide insights into the importance of *effective leadership* as one of the key success factors for implementing new mental health services.

Mental health policy and practice affect a wide variety of stakeholders and require communication and collaboration across sectors. Efforts to bridge sectors are needed at various levels of government and also at the level of day-to-day practice. The HTF projects have investigated integrative and collaborative approaches that may help advances on this front. Further, the current studies acknowledge the importance of grounding decisions in a solid foundation of evidence – a principle that requires continual reaffirmation and commitment.

The 24 HTF projects undertaken between 1997 and 2001 have made a substantial contribution toward a practical knowledge base in mental health policy and practice. They have also served to expand opportunities for people in communities across Canada to develop research skills and expertise; the HTF-supported activity by community-based researchers and clinicians and gave them unprecedented opportunity to investigate important questions in mental health policy and practice. As a result, Canadians are entering the new millennium with a deeper and clearer pool of knowledge and resources to improve our approach to mental health and mental illness.

# References


Acorn, S. (1993). Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(9), 854-857.

Alexander, R., Jr. (1996). The quality of life of persons with severe emotional disability: A review of empirical studies. *Journal of Health and Social Policy, 7*(4), 9-22.

Bachrach, L.L. (1994a). Deinstitutionalization and service priorities in Canada and the United States. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 3-9). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bachrach, L.L. (1994b). Reflections on mental health service delivery in Canada: One American's view. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 87-95). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bachrach, L.L., Goering, P., & Wasylenki D. (Eds.). (1994). *Mental health care in Canada*, Vol. 61. San Francisco: Jossey Bass Inc.

Beiser, M.R., & Edwards, R.G. (1994). Mental health of immigrants and refugees. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 73-86). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Belcher, J.R. (1988). Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? *Community Mental Health Journal, 24*(3), 185-195.

Bigelow, D.A., & McFarland, B.H. (1994). Financing Canada's mental health services. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 63-72). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bigelow, D.A., Sladen-Dew, N., & Russell, J.S. (1994). Serving severely mentally ill people in a major Canadian city. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 53-62). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bland, R.C. (1998). Psychiatry and the burden of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*(8), 801-810.

Boone, M., Minore, B., Katt, M., & Kinch, P. (1997). Strength through sharing: Interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 15-28.

Boyce, R.A. (2001). Organisational governance structures in allied health services: A decade of change. *Australian Health Review, 24*(1), 22-36.

Burgess, T. (1898). A historical sketch of our Canadian institutions for the insane. In *Transactions of the Royal Society of Canada*. Ottawa: Royal Society of Canada.

Canadian Health Services Research Foundation. (2001). *Listening for direction: A national consultation on health services and policy issues*. Ottawa: The Foundation.

Canadian Institute for Health Information. (1999). *National consensus conference on population health indicators: Final report*. Ottawa: The Institute.

Chief Coroner of British Columbia. (1994). *Report of the task force into illicit narcotic overdose deaths in British Columbia*. Victoria: Ministry of Attorney General.

Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. (2000). *Shared mental health care in Canada*. Ottawa: Canadian Psychiatric Association and the College of Physicians and Surgeons.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Ris, S. Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry, 177*, 4-7.

Davis, S. (1998). Injection drug use and HIV infection among the seriously mentally ill: A report from Vancouver. *Canadian Journal of Community Mental Health, 17*(1), 121-127.

Dear, M., & Wolch, J. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Princeton: Princeton University Press.

Deutsch, A. (1937). *The mentally ill in America: A history of their care and treatment from colonial times.* New York: Doubleday.

Drake, R.E., & Mueser, K.T. (Eds.). (1996). *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse: New directions for mental health services.* San Francisco: Jossey Bass Inc.

Driscoll, L. (1998). *Mental health policy: A discussion paper.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Fayol, H. (1949). *General and industrial management.* London: Pittman.

Foucault, M. (1961). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason.* New York: Pantheon.

Freeman, Stanley J.J. (1994). An overview of Canada's mental health system. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 11-20). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Goering, P., Wasylenki D., & Macnaughton E. (1994). Planning mental health services: Current Canadian initiatives. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 31-40). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Goetz, R.R., McFarland, B.H., & Ross, K.V. (2000). Effects of runaway health care costs. *New Directions in Mental Health Service, 85,* 1-3.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* New York: Doubleday.

Goldner, E.M., Abbass, A., Leverette, J.S., & Haslam, D.R. (2001). Evidence-based psychiatric practice: Implications for education and continuing professional development (CPA Position Paper). *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(5), insert.

Gourlay, D. (1998). *A fiscal and legislative map of Canadian health and mental health systems.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Grob, G.N. (1973). *Mental institutions in America: Social policy to 1875.* New York: Free Press.

Grob, G.N. (1994). Mad, homeless, and unwanted: A history of the care of the chronic mentally ill in America. *Psychiatric Clinics of North America, 17*(3), 541-558.

Hammer, M., & Champy, J. (1993). *Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution.* New York, Harper Business.

Health and Welfare Canada. (1988). *Mental health for Canadians: Striking a balance.* Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.

Health Canada. (1997). *Canada health action: Building on the legacy.* Volumes I & II, Reports of the National Forum on Health. Ottawa: Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997a). *Best practices in mental health reform: A discussion paper.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997b). *Best practices in mental health reform: A situational analysis.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997c). *Review of best practices in mental health reform.* Prepared for the Federal/Provincial/ Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W., Borum, R., & Wagner, H.R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 50*(4), 566-567.

Isaacs, S., Keogh, S., Menard, C., & Hockin, J. (1998). Suicide in the Northwest Territories: A descriptive review. *Chronic Diseases in Canada, 19*(4).

Jackson, S. (2000). A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of Management in Medicine, 14*(3-4), 166-178.

Jenkins, R. (2001). Making psychiatric epidemiology useful: The contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(1), 2-14.

Kendrick, T., Burns, T., Garland, C., Greenwood, N., & Smith, P. (2000). Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up special services in general practice. *British Journal of General Practice, 50*(451), 121-126.

Kirmayer, L.J., & Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 446-452.

Kotter, J.P. (1996). *Leading change.* Boston: Harvard Business School Press.

Krasnick Warsh, C. (1989). *Moments of unreason: The practice of Canadian psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923.* Montréal: McGill-Queen's University Press.

Lartin-Drake, J.M., Curran, C., & Gillis-Donovan, J. (1996). Improving the quality of health services organization structure by reengineering: Circular design and clinical case impact in an academic medical center. *American Journal of Medical Quality, 11*, 151-158.

Leighton, A.H. (1984). Barriers to adequate care for mentally ill people. *Social Science and Medicine, 18*(3), 237-241.

Lesage, A.D., Morissette, R., Fortier, L., Reinharz, D., & Contandriopoulos, A-P. (2000). Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry, 45* 526-531.

Lomas, J. (2000). Using "linkage and exchange" to move research into policy at a Canadian foundation. *Health Affairs, 19*, 236-240.

Lomas, J., Woods, J., & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: An introduction to the issues. *Canadian Medical Association Journal, 156*, 371-377.

Macintyre, S., Chalmers, I., Horton, R., & Smith, R. (2001). Using evidence to inform health policy: Case study. *British Medical Journal, 322*(7280), 222-225.

Marks, I.M., & Scott, R.A. (Eds.). (1990). *Mental health care delivery.* Cambridge: Cambridge University Press.

McAlpine, D.D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: The roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research, 35*(1, Part 2), 277-292.

McCubbin, M., & Cohen, D. (1999). A systemic and value-based approach to strategic reform of the mental health system. *Health Care Analysis, 7*(1), 57-77.

McEwan, K., & Goldner, E.M. (2001). *Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Mercier C., & White D. (1994). Mental health policy in Québec: Challenges for an integrated system. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 41-52). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Mercier, C., & White, D. (1995). [Mental health policies and the transfer of services to the community]. *Sante Mentale Quebec, 20* (1), 17-30.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.

Morgan, S. (1993). *Community mental health: Practical approaches to long-term problems.* London: Chapman & Hall.

Morrell-Bellai, T., Goering, P.N., & Boydell, K.M. (2000). Becoming and remaining homeless: A qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(6), 581-604.

Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds.). (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard University Press.

Nasir, H. (1994). *Mental health and health care resource allocation.* Edmonton, AB: Alberta Health.

Narrow, W.E., Regier, D.A., Norquist, G., Rae, D.S., Kennedy, C., & Arons, B. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(4), 147-155.

Newman, S.C., & Bland, R.C. (1987). Canadian trends in mortality from mental disorders, 1965-1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*(1), 1-7.

Newman, S.C., & Bland, R.C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*(4), 239-245.

Pandiani, J.A., Murtaugh, M., & Pierce, J. (1996). The mental health care reform debate: A content analysis of position papers. *Journal of Mental Health Administration, 23*(2), 217-225.

Peters, R., & Demerais, L. (1997). Improving mental health services for urban First Nations: Policy issues relevant to health care reform. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 29-36.

Pettifor, J.L. (1983). Who administered mental health? Fifty years of community mental health services in Alberta. *Canadian Mental Health, 31*(3), 24, 26.

Poulin, C., Gyorkos, T., Joseph, L., Schlech, W., III, & Lee, S. (1992). An epidemic of hepatitis B among injection drug users in a rural area. *Canadian Journal of Public Health, 83*(2), 102-105.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288.

Rachlis, M., & Kushner, C. (1994). *Strong medicine: How to save Canada's health care system.* Toronto: HarperCollins.

Raynault, M.F., Battista, R.N., Joseph, L., & Fournier, L. (1994). [Reasons for the hospitalization and length of stay of a homeless population in Montréal]. *Canadian Journal of Public Health, 85*(4), 274-277.

Read, N., & Gehrs, M. (1997). Innovative service redesign and resource reallocation: Responding to political realities, mental health reform and community mental health needs. *Canadian Journal of Nursing Administration, 10*(4), 7-22.

Reinharz, D., Contandriopoulos, A-P., & Lesage, A.D. (2000). Organizational analysis of deinstitutionalization in a psychiatric hospital. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 539-543.

Robbins, C.J., Bradley, E.H., & Spicer, M. (2001). Developing leadership in healthcare administration: A competency assessment tool. *Journal of Healthcare Management, 46*(3), 188-202.

Rochefort, D.A. (1997). *From poorhouses to homelessness: Policy analysis and mental health care* (2nd ed.). Westport, CT: Auburn House.

Roth, D., Lauber, B.G., Crane-Ross, D., & Clark, J.A. (1997). Impact of state mental health reform on patterns of service delivery. *Community Mental Health Journal, 33*(6), 473-486.

Scott, R.A., & Marks, I.M. (1990). Implementation and overview. In I.M. Marks & R.A. Scott (Eds.), *Mental health care delivery: Innovations, impediments and implementation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Scull, A. (1989). *Social order/mental disorder. Anglo-American psychiatry in historical perspective.* Berkeley: University of California Press.

Seaburn, D.B., Lorenz, A.D., Gunn, W.B., Jr., Gawinski, B.A., & Mauksch, L.B. (Eds.). (1996). *Models of collaboration.* Oakland: HarperCollins.

Senge, P.M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization.* New York, Doubleday.

Shore, M.F., & Vanelli, M. (2001). Leadership. In J.A. Talbott & R.E. Hales (Eds.), *Textbook of administrative psychiatry: New concepts for a changing behavioral health system* (2nd ed., pp. 43-51). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac.* New York: Wiley.

Shortt, S. (1986). *Victorian lunacy: Richard M. Bucke and the practice of late nineteenth century psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press.

Simmons, H.G. (1990). *Unbalanced: Mental health policy in Ontario, 1930-1989.* Toronto: Wall & Thompson.

Stephens, T. (1998). *Population mental health in Canada.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Stuart, H.L., & Arboleda-Florez, J. (2000). Homeless shelter users in the postdeinstitutionalization era. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(1), 55-62.

Taylor, F.W. (1911). *Scientific management.* New York: Harper & Row.

Torrey, E.F. (1996). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis.* New York: Wiley.

Torrey, E.F., Bigelow, D.A., & Sladen-Dew, N. (1993). *Quality and cost of services for individuals with serious mental illnesses in British Columbia compared with the United States.* Paper presented at the annual meeting of the National Alliance for the Mentally Ill, Miami, FL.

Torrey, E.F., & Zdanowicz, M. (1998, August 4). Why deinstitutionalization turned deadly. *Wall Street Journal.*

Trainor, J., Pape, B., & Pomeroy E. (1992). *Framework for support.* Toronto: Canadian Mental Health Association.

Trainor, J., Pape, B., & Pomeroy, E. (1997). Critical challenges for mental health policy. *Canadian Review of Social Policy, 39.*

van Uchelen, C.P., Davidson, S.F., Quressette, S.V., Brasfield, C.R., & Demerais, L.H. (1997). What makes us strong: Urban aboriginal perspectives on wellness and strength. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 37-50.

Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P., & Toner, B. (1997). A home-based treatment program for the treatment of acute psychosis. *Community Mental Health, 33,* 151-162.

Wasylenki, D., Goering, P., & Macnaughton, E. (1994). Planning mental health services: Background and key issues. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 21-29). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 164*(3), 397.

Wright, K., Rowitz, L., & Merkle, A. (2001). A conceptual model for leadership development. *Journal of Public Health Management Practice, 7*(4), 60-66.

Zapf, P.A., Roesch, R., & Hart, S.D. (1996). An examination of the relationship of homelessness to mental disorder, criminal behaviour, and health care in a pretrial jail population. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(7), 435-440.

# Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Mental Health

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

**(NA122) Safety of Persons Suffering from Dementia and Living at Home**

**Recipient: CLSC Côte-des-Neiges, Montréal**

**Contribution: $178,035**

This project developed and validated a questionnaire to evaluate risks to elderly people suffering from dementia and living at home. The questionnaire aimed to identify and reduce risks by assessing appropriate interventions and the impact of counselling the informal caregiver. The questionnaire was developed in two versions (short and long) and in two languages (English and French) through pilot work in urban, semi-urban, and rural settings in Alberta, British Columbia, and Quebec. Health care practitioners who had referred patients to the project were asked to review their patients' questionnaires. The response rate from practitioners was over 50 per cent in Quebec, only 15 per cent in Alberta, and zero in British Columbia. The authors feel that this tool can be used in all provinces to provide a structured assessment interview, particularly on first meeting with a patient who has dementia and is living at home.

**(NA149) Home Care and People with Psychiatric Disabilities: Needs and Issues**

**Recipient: Canadian Mental Health Association, Toronto**

**Contribution: $204,900**

This national study explored the issue of how adults with serious mental illness (not including Alzheimer's) in Canada might benefit from publicly funded home care services. The project conducted a national evaluation of the accessibility, appropriateness, and effectiveness of existing home care services for adults with serious mental illness by reviewing completed surveys from 77 branches of the CMHA and 140 home care organizations, comments from patients and families in 13 cross-Canada focus group sessions, and information from face-to-face interviews with 142 key stakeholders. Concurrently, site-specific pilot programs were developed, implemented, and evaluated in Taber, Ottawa, and St. John's, showing that there is a variety of ways to integrate mental health and home care. The report recommends a series of changes to policy and practice that would relieve the "revolving door syndrome" of the mentally ill cycling in and out of hospital: making admission planning to home care part of hospital discharge planning, providing more support to caregivers and home care staff, and undertaking intensive case management. The report also makes the case for improving the integration of home care and mental health services in all parts of Canada.

**(NA221) Benzodiazepine Use in the Elderly**

**Recipient: Association of Canadian Medical Colleges**

**Contribution: $618,455**

This national project tested the feasibility of a Canada-wide drug utilization review as well as a continuing medical education (CME) component for primary care physicians concerning appropriate benzodiazepine prescribing. The inappropriate prescribing of benzodiazepines in the elderly has been well documented. All eight provinces with medical schools have adopted their own approach to the issue. Ontario and Quebec were able to identify physicians with potentially inappropriate patterns of prescribing and to tailor education efforts to these individuals on a confidential basis. Interventions in the provinces included seminars, the mailing of written material, and patient education handouts. Four provinces also used academic detailing. Two provinces used interactive small-group CME. The thrust of the initiative in all locations was non-coercive and educational. At the time of reporting, follow-up analysis had been completed only in Newfoundland and Ontario; Newfoundland showed no major change in group prescribing data, and Ontario showed a very modest decline in individual prescriptions to seniors.

**(AB301) Alberta Primary Health Care Project**

**Recipient: Alberta Health and Wellness**

**Contribution: $11,112,759 – 27 Studies**

This report is a meta-analysis of the 27 Alberta evaluation and demonstration programs. The projects addressed primary health care through six key strategies: rural/remote access, illness prevention and health promotion through community development, early intervention and education, system restructuring, integrated service delivery, quality improvement, and community health centre models. Findings from these projects contribute, in various degrees, to an understanding of the six national dimensions of primary health care. Some projects found that existing methods of payment to physicians discourage them from participating in interdisciplinary and multidisciplinary activity. Many projects exemplified successful integrated service delivery and resulted in improved continuity of care. Others revealed a need for greater information sharing among providers, clients, public agencies, and administrators. Yet others emphasized the importance and benefit of early intervention and public awareness strategies. Rural projects demonstrated successful alternative strategies for advancing primary health care such as telehealth, "settlement nurses," remote health teams, and immunization schedule monitoring. All projects completed individual reports and are accompanied by fact sheets and summaries.

**(AB301-3) 8th and 8th Health Centre Proposal for a Formative Evaluation**

The operations at Calgary's 8th and 8th Health Centre, a downtown facility offering 24-hour urgent medical care as well as mental health, public health, continuing care services, and community liaison, were evaluated with the goals of improving the centre and, depending on the results, exploring the possibility of developing other similar centres in the region. The study found that the centre's services were used by a considerable number of individuals who neither work nor reside in the downtown core. The main reasons for visiting the centre included its location, convenience, clients' satisfaction with services and staff, short waiting times, and possibly the users' lack of a family physician. The study also suggested that when urgent care is incorporated into a health centre model, the continuity of care may be compromised.

**(AB301-9) Enhance and Evaluate COPE (Community Outreach in Pediatrics/Psychiatry and Education Program): A School-Based Primary Care Initiative**

This project looked at how to enhance and evaluate a school-based mental health program that identifies and diagnoses children with mental health problems. As well, the project investigated relationships between medical and school personnel and investigated the extent to which families were knowledgeable about their children's mental health. The project's ultimate goal was to reduce long-term social and health problems associated with the late identification of mental health problems. The study resulted in an earlier, more accurate, and more comprehensive diagnosis of children's emotional, behavioural, and learning difficulties. It also was found that the fee-for-service funding structure actively discourages physicians from working in school-based settings.

**(AB301-10) Shared Mental Health Care in Primary Care Practice**

This project sought to develop better links between family physicians and mental health providers (psychiatrists, psychologists, and nurses) by facilitating the delivery of mental health care in family physicians' offices. Mental health care was shared among three psychiatrists, 24 family physicians, three mental health nurses, and one psychologist. The study found that participating family physicians were more effective and confident in dealing with mental health issues and were better able to recognize, diagnose, and treat patients with mental health problems. They also spent more time counselling patients and seemed to prescribe psychotropic medications more appropriately. Patients also were satisfied, saying they appreciated the convenience, accessibility, and lack of mental health stigma when treated in their doctor's office.

**(AB301-13) Evaluation of Edmonton Centre for Survivors of Torture and Trauma (ECSTT)**

This project retrospectively evaluated services provided by the Edmonton Centre for Survivors of Torture and Trauma (ECSTT). The centre, which opened in 1994, assesses the needs of refugee immigrants who have suffered torture and trauma and provides referrals to appropriate services. The ECSTT also maintains an on-site therapist, coordinates children's and women's programs, and

trains lay counsellors. The study found that, overall, clients were happy with the support services and experienced improved mental and physical well-being. One of the key successes, especially for the Somali women, was the opportunity to meet others of the same ethnic origin, to speak their first language, and to share feelings of loneliness. Learning new skills – including speaking English, sewing, and using computers – was an important motivator to continue attending classes.

**(BC121) Home-Based Program for Treatment of Acute Psychosis**

**Recipient: Capital Health Region**

**Contribution: $187,000**

This 10-month trial sought to determine whether home care for acutely psychotic patients is an efficient and cost-effective alternative to hospitalization. In the experiment, 10 nurses working in a regional health setting received training that enabled them to manage 37 acute care episodes in private homes. Only three clients required a brief hospitalization or readmission. In a departure from conventional practice, five patients initiated Clozapine therapy in the home. No home support or social work staff beyond that ordinarily available to clients was found to be required. Although operating cost savings were modest, such programs avoid capital costs for additional psychiatric beds. Six months after the project was completed, the Capital Health Region announced funding for a permanent, expanded service based on this model.

**(BC124) Enhanced Case Management Project**

**Recipient: Upper Island/Central Coast Community Health Services Society**

**Contribution: $126,623**

This initiative sought to boost the knowledge and confidence of service providers and family caregivers who support non-institutionalized persons with dementia. The project developed and delivered a series of education and on-site sessions to home support workers, case managers, and home support supervisors. After training, case managers increased the time spent with family caregivers. All members of the support team benefited from an experimental, dedicated case management position at a local hospital to screen, manage, and discharge patients with dementia. Researchers found that more home support workers than expected were interested in the program. Participants said their knowledge, confidence, and team pride "immeasurably increased" as a result of this project.

**(BC403) Eating Disorders Project North (EDPN)**

**Recipient: Northern Interior Health Unit**

**Contribution: $277,870**

This 18-month project sought to help physicians and residents of rural and remote communities better prevent and treat eating disorders close to home. It involved 30 communities and 385 participants. Organizers convened a committee of regional advisers on a monthly basis, used surveys to investigate community needs and resources, and then prepared and offered a variety of multi-day training sessions on prevention, intervention, and therapy. The study suggests a theoretical framework that could be integrated into a provincial/federal policy on eating disorders. The framework describes and promotes a more comprehensive and integrated approach to prevention, intervention, therapy, and diagnosis, and it makes the case for more resources for treating eating disorders.

**(BC423) Mental Health On-line: A Case for Information Management**

**Recipient: University of British Columbia**

**Contribution: $251,250**

This project provided an in-depth, broad-based look at the multitude of issues surrounding information management in the mental health context in British Columbia. Information management encompasses the information itself, the management of process, the dissemination of information, and the management of technology. The report discusses issues of exchanging information among various users as well as among the client and family, to improve services to those with mental health concerns. It also examines criminal justice issues and issues of confidentiality and potential breaches of privacy. The report recommends the active involvement of people affected by mental illness in planning and developing information management systems, as well as more federal funding for an infrastructure of collaborative activities.

**(NS421) Enhancing the Care of People with Mental Illnesses in the Community: A Model for Primary Care Service Integration in the Area of Mental Health**

**Recipient: The Nova Scotia Hospital**

**Contribution: $397,200**

This project piloted a "Shared Care" model of mental health delivery to improve identification, early intervention, access to appropriate services, and outcomes. The Shared Care model deployed mental health workers and psychiatrists in primary care settings at four sites in Nova Scotia: an inner-city community health centre, an urban family medicine centre, a rural family practice, and a comparison site. Each intervention site had three FTE family physicians on salary and a receptionist, psychiatrist, and mental health worker. The comparison site had fee-for-service physicians. A total of 241 patients gave written consent to participate in the research. The evaluation found that patients at the intervention sites received improved access to appropriate mental health services: decreased waiting times, reduced visits to emergency, more referrals for mental health consultations at their own site, and high rates of patient satisfaction. The patients' mental health outcomes were improved, and there was improved collaboration and communication between health care providers.

**(ON321) Mental Disorders in Primary Care**

**Recipient: Centre for Addiction and Mental Health, Toronto**

**Contribution: $195,294**

This study investigated whether a special mental health training binder and workshop could improve primary care physicians' confidence and skill at recognizing, diagnosing, managing, and treating common mental health disorders. The training materials were developed by the World Health Organization Division of Mental Health and Programme of Substance Abuse, and the study found that focus groups preferred the content over drug-company sponsored materials. A total of 2,548 physicians in three settings was selected to receive the materials: binders, pre-test questionnaires, and an invitation to the CME credit workshop. The study evaluated two groups of doctors: those who returned the pre-test questionnaire and attended the workshop, and those who received the materials and did the questionnaires but did not attend the workshop. Physicians in both groups reported an increased confidence and skill in recognizing and treating depression and anxiety, but there was no difference between those who simply read the binder and those who attended the workshop. For substance abuse, however, those who attended the workshop reported an increase in confidence, whereas those who simply read the binder did not.

**(PE421) Autism Integration Project**

**Recipient: Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution: $171,831**

This two-year initiative aimed to improve treatment services for children with autism and their families by reducing dependency on out-of-province agencies and the need for long-term interventions. The project established a parent/professional committee to oversee the integration of services and train an autism program specialist. The project also set up a rotating autism clinic that brought together pediatric services, child psychology specialists, speech/language services, occupational therapists, and autism program specialists. Researchers concluded that the new model reduced parental stress and improved service delivery. Parents said that their children's physical, mental, social, and language skills improved. However, they also said the responsibilities of training and supervising in-home workers was extremely demanding.

**(QC407) Delivery of Integrated Care for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders in Their Home Environment**

**Recipient: Douglas Hospital Research Centre**

**Contribution: $174,311**

Since September 1997, the Douglas Hospital, a psychiatric hospital in Montréal, has had a team of workers using the ACT (assertive community treatment) model, developed in the United States to treat in their own milieu patients who are suffering from severe mental health problems and who are difficult to treat in conventional settings. This project added to the ACT model a dimension of combating substance abuse in this population. Integrating the services helped address the needs of people who would otherwise be excluded from drug and alcohol treatment because of their mental health problems and excluded from mental health programs because

of their substance abuse. The researchers conclude that it is possible to transfer the ACT model from the United States to Canada, despite differences in their health systems. The evaluation of the project demonstrates a significant effect on quality of life for patients, although the project did not succeed in significantly reducing substance abuse. Overall, cost savings were approximately $4,000 per year per patient.

**(QC408) Integrated and Multisectoral Community Support for Persons with Severe and Persistent Mental Health Problems: New Start Housing**

**Recipient: Les Habitations Nouveau Départ**

**Contribution: $900,000**

This project evaluated the effectiveness of a project called Habitations Nouveau Départ (HND), an initiative designed to assist people with mental health problems address their housing and social integration needs. Clients were assigned to receive services in three ways: through Habitations Nouveau Départ, through community outreach from the Pierre-Janet Hospital, or through a combination of the two. The groups were then compared to see whether the HND program was more effective than the support offered through the hospital. Effectiveness was measured by the effects on the participants' mental health and by their use of other community services. The report concludes that support for adequate housing is an important part of the services offered to people with mental health problems.

**(QC424) Development and Evaluation of a Cultural Mental Health Consultation Service**

**Recipient: Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital**

**Contribution: $449,676**

This project involved the development and evaluation of cultural consultation services in the field of mental health in three hospitals in Montréal, including a children's hospital. The goal was to improve access to culturally appropriate mental health services for patients from a range of cultural backgrounds, including immigrants, refugees, various ethnocultural groups, and First Nations and Inuit patients. One of the sites offered only consultation to other practitioners; the others provided treatment as well. They all used the services of interpreters and "cultural brokers" to overcome the barriers to communication. The evaluation showed that a culturally sensitive intervention improved assessment and treatment. The project also developed a database of community resources and a Web site with links to other sites related to cultural competence.

**(QC428) Evaluation of Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation for Elderly Depressed Patients: Perspectives of the Patient and Family, Referring Physician, and Consultant**

**Recipient: St. Mary's Hospital Centre**

**Contribution: $35,013**

This study, carried out in the geriatric clinic of a Montréal hospital, provides information concerning what happens when a primary care physician refers a patient for a consultation with a geriatric psychiatrist. The current emphasis in Quebec on community-based health care (*le virage ambulatoire*) calls for hospital resources to play a consulting role; however, the researchers' literature search found no effective model of this interaction for geriatric patients. The geriatric consultation process included the views of the patient and family, the referring physician, and the consulting psychiatrist. Although most patients and primary care physicians were satisfied, there was only moderate agreement among primary care physicians and consultants as to the type of consultation requested, the reason for consultation, and the responsibility for further treatment. The report highlights some of the problems encountered in the consultation process and suggests simple ways to improve communication and thus improve patient care.

**(QC430) Info-Santé CLSC: Pilot Project for Telephone Intervention in the Area of Mental Health**

**Recipient: Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull, Québec**

**Contribution: $225,143**

This project resulted in the development of 28 protocols to assist nurses answering a telephone help-line (Info-santé) to respond to callers with mental health concerns. The protocols addressed a variety of problems for a diverse clientele. Nurses received two days of training, and both the training and the protocols were well received. However, although nurses were able to answer most health-related questions, they felt ill-equipped in regard to mental health because their training was found to be too

general and did not cover the specific problems they encountered. The researchers note that two days of training is insufficient and that it should be followed by supervision over three months to allow nurses to integrate theory into their practice. Both the protocols (in English and French) and the training are available to other CLSCs. The authors note that a telephone call to a nurse costs about one fifth of the cost of a visit to the emergency department.

**(QC434) Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Health Problems**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, Kuujjuaq, Québec**

**Contribution: $488,238**

This pilot project tackled growing psychosocial problems and high suicide rates in Nunavik by housing, supporting, and employing people suffering from severe and chronic mental health problems who might otherwise be sent to Montréal. The project's integrated approach built on pre-implementation work: preparing communities, spelling out objectives and procedures, and clarifying accountability. During the nine months of the centre's operation, 12 clients were served and achieved greater independence. The majority managed to deal effectively with their addictions problems; only one client was hospitalized during the program. As a result of this project, there is now a new resource in Inukjuak, and the study concludes that the materials developed by the project might be useful in other isolated communities.

**(SK324) An Evaluation of Integrated Services for Families of Aggressive School-Aged Children**

**Recipient: Battlefords Health District**

**Contribution: $171,600**

This project provided mental health services to aggressive school-aged children by moving those services from institutions to schools, homes, and the community. In doing so, it hoped to integrate services and reach children who are traditionally overlooked. The study involved 13 children from "multi-problem" families; the majority were of First Nations ancestry, male, and living in single-parent families or extended families. Most lived in lower-income households, all exhibited aggressive or defiant behaviour, and many were felt to be at risk for criminal conduct. Mental health professionals and social workers involved teachers, school administrators, and families, and services were provided after-hours and in a variety of non-conventional settings. A qualitative review of the data concluded that 10 of the 13 children experienced a positive change in their behaviour, but these results could not be confirmed in a quantitative review.

**(SK327) Survivor Services Program: Pilot Project Proposal for an Integrated Service Delivery Model with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse**

**Recipient: Tamara's House Services for Sexual Abuse Survivors Inc.**

**Contribution: $151,000**

In this project, Saskatoon's Tamara House, a non-profit, community-based, drop-in healing centre for female survivors of sexual abuse, conducted an evaluation of three non-conventional healing therapies: aroma-massage, a massage using oils and music; Reiki, the stimulation of meridian points to release energy blockages; and psychodramatic bodywork, an emotional-release therapy. Nearly half the participants also continued to receive therapeutic support from counsellors or self-help groups. Qualitative and quantitative data were collected from external evaluators, practitioners, and the participants. The women who participated in the study were enthusiastic about all three alternative therapies.

**(SK329) Day Care Consultation Services**

**Recipient: Saskatoon District Health**

**Contribution: $140,000**

This project aimed to overcome traditional barriers to mental health services for 112 at-risk pre-school-aged children in day-care settings. It also set out to increase the skills and knowledge of 91 child-care workers in dealing with children who exhibit aggressive or non-compliant behaviour. The project hired two full-time behavioural consultants, who provided assessments, referrals, support, and workshops for families and community staff. In addition, a group of community stakeholders met monthly to monitor and provide feedback to the team. Evaluation of the project suggested that these children, their families, and child-care workers benefited from the project. The children's behaviour improved, they received better access to services, and staff said that they learned much. Over half of the parent respondents said they

learned better ways of dealing with their children's behaviour at home. Overall, the model fit those in child-care centres better than it did those in family-care homes or infant centres.

**(SK423) Integrating Services for Families with Affective Disorder: Implementing and Evaluating a Preventive Intervention Program in Saskatchewan**

**Recipient: Prince Albert Health District**

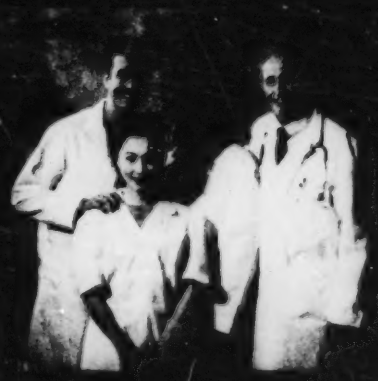
**Contribution: $127,750**

Children of depressed parents are at a significant risk of developing psychiatric disorders in childhood or adolescence. This study implemented and evaluated two preventive intervention strategies and modified them for use in the Prince Albert Health District. The intervention was either a series of family meetings with a clinician about depression issues and family functioning or a lecture that covered similar material but did not include the child or family discussion. The evaluation found that brief, family-based intervention was satisfying and helpful to the patient and family. Up to six months after the completion of the project, 94 per cent of depressed patients and 78 per cent of spouses were moderately to extremely satisfied with both the lecture and the clinician intervention. The researchers found no significant difference between the outcomes of the lecture group or the clinician-facilitated group.

Santé Canada | Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

# Le Fonds pour l'adaptation des services de santé



**SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE**

**La santé mentale**

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-8
ISBN 0-662-66311-X

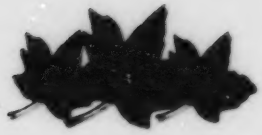
DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

# Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

## La santé mentale

**Elliot M. Goldner, MD, MScS, FRCPC**
Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit
Department of Psychiatry, University of British Columbia



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

# Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation de services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume ce qui est ressorti des travaux réalisés dans le domaine de la santé mentale. Il a été préparé par Elliot Goldner, MD, MScS, FRCPC, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

Le FASS a servi à soutenir 24 projets d'étude sur la politique et la pratique touchant la santé mentale. Ces projets nous ont donné une occasion unique d'examiner une série d'innovations apportées à la pratique dans le domaine de la santé mentale et d'examiner à fond les questions contextuelles connexes soulevées par la mise en œuvre de nouveaux services de santé mentale au Canada.

Si le domaine de la santé et des maladies mentales et si les politiques à leur égard sont ce qu'ils sont à l'heure actuelle au Canada, c'est le résultat d'une évolution historique particulière et de facteurs démographiques et sociaux complexes. Et si les services de santé mentale au Canada ont bénéficié d'une excellente réputation, il n'en demeure pas moins qu'il reste un certain nombre de problèmes majeurs à régler, lesquels nécessitent des solutions créatives. Dans cet effort pour trouver des solutions, les 24 projets financés par le FASS ont permis d'explorer divers aspects des services de santé mentale et d'étudier les innovations appliquées au « monde réel » que représente le système canadien de services et de soutien à la santé.

Les chercheurs des projets du FASS ont examiné un vaste éventail de questions relatives à la santé mentale qui touchent des personnes de tout âge et de tout milieu. Les solutions examinées visaient des habitants de milieux urbains et ruraux et de collectivités isolées. Les chercheurs ont également envisagé des façons innovatrices d'assurer la prestation des services de santé mentale tout en essayant de tenir compte des points de vue d'un large éventail d'intervenants : personnes directement touchées par des maladies mentales, membres de leur famille, intervenants en matière de santé, administrateurs, décideurs et chercheurs.

Les études parrainées par le FASS ont permis de recueillir la preuve que les nouvelles approches proposées pour la prestation des services de santé mentale sont valables. Plus précisément, les études ont mis en évidence :

- l'utilité de transférer certains services de santé mentale aux services de soins primaires;
- l'utilité de créer localement des « centres de réintégration et d'adaptation » à l'intention des clients atteints de maladies mentales et de toxicomanie chroniques en région éloignée;
- l'acceptation, par les clients, les familles et les infirmières, de la notion de services à domicile pour personnes souffrant de troubles psychotiques;
- la fiabilité et la validité d'un nouvel outil qui évalue la sécurité du milieu de vie pour les personnes souffrant de démence;
- l'amélioration des auto-évaluations de la confiance et de la compétence des médecins de premier recours qui reçoivent une courte formation sur la santé mentale;
- l'acceptation du modèle intégré de prestation des services par les parents d'enfants autistiques;
- la qualité des améliorations apportées à la vie des clients qui bénéficient parallèlement d'un traitement communautaire dynamique et d'un traitement pour la toxicomanie;

- l'acceptation par les parents et les enfants de brèves interventions psycho-éducatives afin de prévenir les troubles affectifs chez les enfants de parents déprimés;
- l'acceptation par une large gamme d'intervenants des collectivités rurales et éloignées de courts projets éducatifs sur la prévention des troubles alimentaires et le traitement des personnes souffrant de ces troubles;
- l'acceptation par les bénéficiaires et les fournisseurs de services du recours à des « courtiers culturels » pour le traitement des personnes de contextes ethnoculturels différents souffrant de maladies mentales;
- l'acceptation par les bénéficiaires d'un service spécialisé à l'intention des victimes de traumatismes; et
- l'importance de la normalisation, à l'échelle nationale, de l'information et des systèmes de communication sur la santé mentale afin de multiplier les avantages et de réduire les risques au maximum.

En outre, les projets parrainés par le FASS ont permis de tirer des leçons précieuses de la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans le domaine de la santé mentale. Généralement, ils ont fait ressortir les questions contextuelles essentielles susceptibles de guider l'évolution du système canadien de santé mentale. L'attention particulière que les chercheurs ont portée aux nombreuses variables qui ont facilité ou entravé les différents aspects de leurs projets a permis de cerner un ensemble de facteurs de réussite déterminants :

- la détermination d'objectifs mesurables pour tous les projets pilotes et de démonstration;
- l'évaluation réaliste des chances de réussite d'un projet pilote ou d'un projet de démonstration;
- l'inclusion de méthodes de recherche et de caractéristiques de conception appropriées pour permettre l'évaluation ou la vérification en bonne et due forme des hypothèses formulées dans le cadre des projets pilotes ou de démonstration;
- l'engagement (y compris le financement), avant l'amorce du projet pilote, pour un soutien annualisé si le projet devait atteindre ses objectifs;
- l'engagement, par tous les intervenants pertinents, avant l'amorce du projet pilote, à l'égard d'un plan clairement établi qui prévoit la cessation du projet s'il n'atteint pas ses objectifs;
- l'observation d'une étape préparatoire avant la mise en œuvre d'un programme nouveau afin de préparer les intervenants et d'encourager la participation;
- la détermination des avantages que les nouveaux programmes et services assurent aux intervenants;
- la promotion d'une participation significative d'un large réseau d'intervenants aux nouveaux projets;
- la création d'un groupe consultatif averti et influent afin de soutenir les chefs de projets;
- la mise en place de dispositions afin que les chefs de projets puissent obtenir des fonds de démarrage rapidement et ne pas avoir à attendre pour lancer un nouveau programme ou projet;
- l'extension des échéanciers afin de laisser le temps aux nouveaux projets de se terminer, compte tenu des retards et des interruptions imprévisibles et inhérents au système et au secteur des services;
- la formulation préalable de plans d'action qui permettent de traiter les obstacles prévus;
- un leadership efficace;
- une sélection du personnel acceptée par les principaux intervenants; et
- l'élaboration d'un plan de communication et de diffusion bien conçu et bien exécuté.

Les facteurs énumérés ci-dessus faciliteront les efforts réalisés à l'avenir pour l'établissement de services de santé mentale au Canada et pourront guider des efforts semblables dans l'ensemble du système de soins de santé.

Tout le monde s'entend pour dire que la question des ressources humaines dans le domaine de la santé mérite une attention prioritaire du régime de santé du Canada. Cela est vrai aussi pour le secteur de la politique et de la pratiques relatives à la santé mentale. Parmi les innovations étudiées dans les projets actuellement parrainés par le FASS (progrès au titre des technologies de l'information et de la communication, outils d'évaluation et programmes éducatifs), nombreuses sont celles qui promettent de soutenir et même de renforcer efficacement les capacités des travailleurs de la santé mentale. Souvent, ces mêmes innovations favoriseront aussi une meilleure reddition des comptes et une plus grande efficacité et efficience, réduiront les pressions et auront pour effet général d'améliorer la qualité des soins prodigués. Certains projets du FASS ont fait en outre ressortir l'importance d'un leadership efficace en soulignant qu'il s'agit d'un élément essentiel au succès de nouveaux services de santé mentale.

Les politiques et les pratiques relatives à la santé mentale touchent un vaste éventail d'intervenants et exigent qu'on adopte des méthodes qui facilitent la communication et la collaboration intersectorielles. La nécessité de faire le lien entre les secteurs se fait sentir dans tous les ordres de gouvernement de même que dans la pratique quotidienne. Les chercheurs du FASS se sont penchés sur différentes méthodes d'intégration et de collaboration pour cerner celles qui auraient le plus de chances de faciliter ces rapprochements. En outre, les chercheurs à l'origine des études actuelles reconnaissent l'importance de fonder les décisions sur une solide base de preuves. Or, c'est là un principe qui exige une réaffirmation et un engagement continus.

Les 24 projets parrainés par le FASS entre 1997 et 2001 ont largement contribué au développement d'un fonds de connaissances pratiques dans le domaine de la politique et de la pratique relatives à la santé mentale. Ils ont aussi servi à ouvrir la voie aux personnes soucieuses de développer les compétences en recherche et les capacités connexes au Canada. Le FASS a donné à des chercheurs et cliniciens des milieux communautaires l'occasion de s'engager dans des activités et d'étudier, comme jamais ils n'avaient pu le faire jusqu'à présent, les questions importantes que soulèvent la politique et la pratique relatives à la santé mentale. Les Canadiens se trouvent, du coup, en mesure d'aborder le nouveau millénaire avec un fonds de connaissances et de ressources plus riche et plus pratique pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale.

# Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé mentale. Il a été préparé par Elliot Goldner.

## Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs

travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

# Remerciements

L'auteur souhaite remercier ses collègues du service d'évaluation mentale et de consultation communautaire de l'Université de la Colombie-Britannique et, en particulier, Julian Somers, qui a pris sur lui d'assumer davantage de responsabilités pendant la préparation du présent rapport de synthèse. Pour leur part, Carl Lakaski et Jim Millar, du Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale, ont généreusement accepté de revoir les ébauches et ont formulé des suggestions précieuses en plus de réussir à mettre la main sur des documents rares, mais importants. Paula Goering, à qui la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a attribué la chaire de recherche sur les services de santé mentale, et Alain Lesage, président de l'Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique, ont également fait profiter l'auteur de leurs observations et de leurs suggestions très pertinentes. En outre, l'auteur désire exprimer sa reconnaissance au personnel des Hollander Analytical Services Ltd. pour son aide très précieuse à la préparation de ce rapport de synthèse. Tout ce travail a été financé par Santé Canada, par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Veuillez noter que les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

# Table des matières

Condensé ..... i

Préface ..... iv

Nature unique des projets du FASS ..... iv

Remerciements ..... v

Table des matières ..... vii

1. Mise en contexte ..... 1
   - 1.1 Les asiles, la désinstitutionnalisation et la réforme communautaire de la santé mentale ..... 1
   - 1.2 La politique et la pratique médicale en matière de santé mentale : faits et valeurs socioculturelles ..... 3

2. Aperçu des études financées par le Fonds pour l'adaptation des services de santé ..... 6

3. Présentation des constatations importantes et pertinentes ..... 7

4. La question des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et son incidence sur la politique et la pratique ..... 9

5. Incidences intersectorielles de la politique et de la pratique relatives à la santé mentale ..... 11

6. Incidences sur la politique et la pratique ..... 12

7. Conclusions et recommandations ..... 15

Ouvrages de référence ..... 18

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé mentale

Liste des tableaux

Tableau 1 Enjeux d'ordre politique pertinents à la réforme de la santé mentale ..... 3

Tableau 2 : Liste partielle des meilleures pratiques de la réforme de la santé mentale ..... 4

Tableau 3 : Thèmes établis par la National Consultation on Health Services and Policy Issues (2001) ..... 6

Tableau 4 : Résumé des conclusions de projets financés par le FASS ..... 7

Tableau 5 : Santé mentale : Groupes intéressés (intervenants) ..... 12

Tableau 6 : Facteurs de réussite – Synthèse des conclusions du FASS relatives à la mise en oeuvre de nouvelles pratiques ..... 13

Tableau 7 : Stratégies de motivation au changement ..... 14

Liste des figures

Figure 1 : Lits en psychiatrie au Québec ..... 1

Figure 2 : Étapes pour l'introduction de nouvelles pratiques ..... 13

# 1. Mise en contexte

## 1.1 Les asiles, la désinstitutionnalisation et la réforme communautaire de la santé mentale

Pendant presque tout le premier siècle qui a suivi la fondation de la nation canadienne, il existait peu de traitements efficaces pour soulager la souffrance des personnes atteintes de maladies mentales graves. Sur le modèle européen, on avait mis sur pied des asiles qui servaient de lieux sécuritaires pour offrir des soins physiques et spirituels aux personnes souffrantes, en plus de protéger la population des risques de blessures, parfois mortelles, qu'on attribuait communément à ces personnes, dans les villes et les campagnes (Burgess, 1898; Deutsch, 1937; Shorter, 1997). Une autre interprétation de l'histoire explique toutefois le développement des asiles par des motifs contraires, moins humanitaires : un outil de ségrégation dans une société refusant tout malaise que pouvaient engendrer des comportements excentriques, conjugué à la défense de l'intérêt personnel des professionnels de la santé (Foucault, 1961; Goffman, 1961; Scull, 1989). Quel que soit le motif en cause, la politique d'institutionnalisation a entraîné une prolifération d'hôpitaux psychiatriques dans tout le pays. Cette tendance s'est maintenue jusqu'aux années 60, au cours desquelles le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a battu tous les records (voir, à titre d'exemple, la figure 1qui donne un résumé des données sur le Québec).

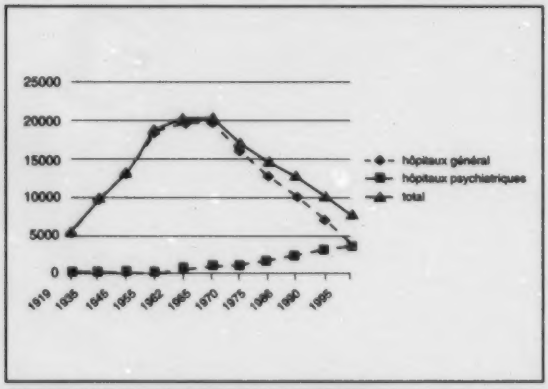



**Figure 1 Lits en psychiatrie au Québec**

Reproduit avec la permission de Lessage et al., 2000

Les données des historiographes sur les asiles canadiens (c.-à-d. Krasnick Warsh, 1989; Shortt, 1986) permettent de voir les facteurs sociaux et institutionnels complexes qui ont abouti à des soins axés sur la protection plutôt que sur la guérison (Grob, 1973; 1978). Parmi ces facteurs figuraient la surpopulation, un personnel mal formé et le mépris des gens à l'égard de l'état critique des malades mentaux. Sensibilisée aux conditions pitoyables de certains hôpitaux psychiatriques et encouragée par l'arrivée de nouveaux traitements (c.-à-d. des neuroleptiques et des interventions psychosociales), l'opinion publique a plus tard donné son appui à la politique de désinstitutionnalisation.[1] La figure 1 illustre le déclin vertigineux du nombre de personnes hospitalisées en milieu psychiatrique ces dernières décennies. Elle indique également que, même si les hôpitaux généraux ont fourni plus de lits pour les soins psychiatriques, le nombre total de lits consacrés à ces soins a chuté.

La désinstitutionnalisation a entraîné le besoin d'offrir aux personnes atteintes de maladies mentales des services plus adéquats en milieu communautaire. La création de services communautaires, et de mesures de soutien connexes, posait cependant un défi de taille, qu'on n'a d'ailleurs pas réussi à relever complètement. De fait, malgré les preuves du lourd fardeau causé par les maladies et les déficiences mentales (Murray et Lopez, 1996), on n'a pas pu encore remplacer les soins en institution par un système équilibré de services et de mesures de soutien communautaires, en raison de contraintes financières, de la concurrence dans la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé et de facteurs sociaux et environnementaux plus vastes (Dear et Wolch, 1987; Goetz, McFarland et Ross, 2000; Grob, 1994; McCubbin et Cohen, 1999; Rachlis et Kushner, 1994; Rochefort, 1997; Simmons, 1990; Torrey, 1996; Torrey et Zdanowicz, 1998).

1. *Par désinstitutionnalisation*, on fait référence au transfert du traitement des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques des établissements de soins psychiatriques internes vers des établissements communautaires axés sur les services externes.

Ces dernières années, les chercheurs ont recueilli des données témoignant de l'état de santé médiocre des personnes atteintes de maladies mentales (Alexander, 1996; Newman et Bland, 1987, 1991) et de l'incidence élevée de telles maladies chez les sans-abri, de plus en plus nombreux dans les villes canadiennes (Acorn, 1993; Morrell-Bellai, Goering et Boydell, 2000; Raynault, Battista, Joseph et Fournier, 1994; Stuart et Arboleda-Florez, 2000). On a également les preuves d'un afflux de malades mentaux dans les prisons (Belcher, 1988; Zapf, Roesch et Hart, 1996) et de taux élevés de victimisation criminelle violente des personnes touchées par les maladies mentales (Hiday, Swartz, Swanson, Borum et Wagner, 1999).

Un autre élément sinistre du paysage canadien de la santé mentale est la comorbidité toxique qui surgit fréquemment lorsque la consommation excessive de drogues est combinée avec des problèmes de santé mentale. Bien qu'on décrive parfois ce phénomène comme un « diagnostic mixte », le fait d'abuser de drogues tout en étant atteint d'une maladie mentale aboutit la plupart du temps à l'accumulation désastreuse de trois ou quatre diagnostics, voire davantage – p. ex., infection à VIH, hépatite ou tuberculose causée par la consommation de drogues injectables, cirrhose du foie imputable à une surconsommation d'alcool et détérioration neuropsychiatrique due à l'utilisation excessive ou maladive de diverses drogues. Les cas combinant des maladies physiques et mentales sont la cause de diverses tragédies partout au Canada (Davis, 1998; Poulin, Gyorkos, Joseph, Schlech, et Lee, 1992; Stuart et Arboleda-Florez, 2000; Weir, 2001). Ces situations sont très visibles dans les collectivités urbaines, notamment au centre-ville de Vancouver (refuge d'un nombre élevé de personnes atteintes de graves maladies mentales) où la hausse en spirale de décès attribués à la consommation de drogues illégales est devenue la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 30 à 44 ans (Bureau du coroner en chef de la Colombie-Britannique, 1995). Des tragédies de la sorte assombrissent également la vie dans les collectivités rurales et éloignées, comme en fait tristement foi le taux de suicide dévastateur chez les jeunes Inuits du Nunavut, dont la plupart avaient des antécédents de troubles émotionnels ou de dépression (Isaacs, Keogh, Menard et Hockin, 1998).

Pour mieux situer encore le contexte de la santé mentale, il importe de reconnaître la diversité ethnoculturelle qui caractérise la population canadienne, dont on sait que la relation avec la maladie et la guérison est aussi essentielle que distinctive (Boone, Minore, Katt et Kinch, 1997; Kirmayer et Young, 1999; Peters et Demerais, 1997; van Uchelen, Davidson, Quressette, Brasfield et Demerais, 1997). Les répercussions des changements prévus sur les plans démographique, social et économique méritent aussi qu'on s'y attarde. On peut s'attendre à sentir le choc d'un lourd changement dans la démographie canadienne, alors qu'un pan considérable de la population entrera dans le troisième âge; certains chercheurs évaluent que la prévalence des cas de démence doublera (Bland, 1998). En dépit de tout cela, une caractéristique démographique demeurera sans doute : la grande dispersion géographique entre les habitants du Canada – ce sont les collectivités situées dans les zones éloignées du pays qui ressentent de façon plus aiguë les défis inhérents à la prestation de soins de santé sur un territoire aussi vaste.

Au Canada, les projets visant à améliorer le système de santé mentale ne datent pas d'hier. Il y a quelques dizaines d'années, on avait tenté d'innover en axant les soins de santé mentale sur la communauté (Pettifor, 1983), parallèlement à de vigoureux efforts sur le plan politique, depuis les années 70, pour poursuivre la réforme en cours (Mercier et White, 1995; Read et Gehrs, 1997). Néanmoins, des obstacles très résistants ont souvent nui aux efforts en ce sens (Kendrick, Burns, Garland, Greenwood et Smith, 2000; Leighton, 1984; Marks et Scott, 1990; McAlpine et Mechanic, 2000; McCubbin et Cohen, 1999; Narrow et coll., 2000; Pandiani, Murtaugh et Pierce, 1996; Roth, Lauber, Crane-Ross et Clark, 1997). Complexes, ces obstacles se présentent sous diverses formes. Parmi les plus importants, mentionnons :

- L'indifférence de l'opinion publique face à la situation critique des personnes atteintes de maladies mentales (souvent alimentée par le manque d'information, la stigmatisation et la peur);
- Les difficultés à rehausser les activités de couloir sur la scène politique en raison de l'incapacité et de la pauvreté des personnes atteintes de maladies mentales, outre le désavantage, qui en résulte, de

concurrencer avec d'autres groupes d'intérêts pour obtenir des services et des mesures de soutien limités en soins de santé;

- La résistance aux changements systémiques par les administrateurs, les professionnels de la santé et d'autres parties qui risqueraient de perdre du pouvoir, des revenus ou un certain statut, à cause d'une réaffectation des ressources ou d'une restructuration administrative;
- La faible importance généralement accordée aux soins de santé mentale dans le milieu professionnel de la santé (en partie imputable à l'absence relative d'outils technologiques liés à ces soins à une époque où les percées technologiques sont valorisées); et
- L'abondance de dilemmes éthiques que soulèvent certains soins de santé mentale portant à la controverse, qui font l'objet de vifs débats entre des groupes constitutifs opposés (prescriptions obligatoires de traitements, utilisation de médicaments psychiatriques pour soigner des enfants, etc.) – les tentatives de résoudre ces dilemmes importants finissent généralement par ralentir de façon notable la prestation de soins, et parfois même à l'empêcher.

Face à ces obstacles, les progrès faits ces dernières décennies pour améliorer les services en santé mentale au Canada sont pour le moins remarquables. Grâce à ces progrès, non seulement a-t-on accès à de meilleures méthodes et techniques de traitement, mais la société a fait siennes des valeurs et une philosophie de traitement éclairées – p. ex., en considérant davantage les droits et les préférences des personnes atteintes de maladies mentales, et en confiant un plus grand rôle aux citoyens et aux familles dans la prise de décisions ainsi qu'à la planification et à l'évaluation des soins.

## 1.2 La politique et la pratique médicale en matière de santé mentale : faits et valeurs socioculturelles

Depuis quelques dizaines d'années, on assiste à un redoublement d'efforts pour appliquer une politique et des décisions basées sur des faits en matière de santé, soit une information de qualité supérieure généralement tirée d'études effectuées et interprétées avec justesse (Lomas, 2000). De plus, l'approche basée sur les faits est présentée comme la pierre angulaire de la pratique professionnelle en santé mentale (Goldner, Abbass, Leverette et Haslam, 2001). Les enjeux d'ordre politique sont légion et peuvent être classés en de

**Tableau 1 : Enjeux d'ordre politique pertinents à la réforme de la santé mentale**

- Droits des consommateurs et des familles [a,b,c,f,g,k]
- Continuité des soins et continuité entre les établissements et les fournisseurs [a,b,e,f,g,h,k]
- Efficacité et allocation rationalisée des ressources [a,b,f,k]
- Efficacité des services et du soutien [a,b,f]
- Acceptation des services par un grand nombre d'intervenants [a,b,f,g,h,j]
- Structures de responsabilisation [a,b,f,h,i,k]
- Caractère approprié des services et capacité à respecter les normes attendues [a,f]
- Compétence des fournisseurs de services [a,f]
- Sécurité et diminution maximale des risques [a,f]
- Accessibilité des services et du soutien [a,f,h,j]
- Transition des programmes institutionnels vers des programmes communautaires [b,c,d,e,f,g,j,k]
- Tenir compte des principaux déterminants de la santé [b,c,e,g,i,j]
- Déléguer la gouvernance aux autorités régionales [b,c,f,h,k]
- Coordination des secteurs de politique et de services [b,c,g,h,i,j,k]
- Participation des consommateurs à l'établissement de politique et de pratique [b,c,f,g,h,i,j,k]
- Modèles fiscaux et leur impact sur les services et les systèmes de santé [b,f,h,k]
- Tenir compte des conflits entre les données probantes et les valeurs [e]
- Médecines douces ou complémentaires [e]
- Partage de l'information entre les organismes [e,g]
- Veiller à ce que les personnes atteintes de maladies mentales graves aient accès aux services [f,h]
- Mécanismes de financement des médecins et leur intégration avec d'autres fournisseurs de services de santé mentale [h,k]

[a] Institut canadien d'information sur la santé (1999)
[b] Unité de recherche sur les systèmes de santé (1997b)
[c] Trainor et al. (1992)
[d] Nasir (1994)
[e] Santé Canada (1997)
[f] McEwan et Goldner (2001)
[g] Santé et Bien-être social Canada (1988)
[h] Bachrach, Goering, et Wasylenki (1994)
[i] Stephens (1998)
[j] Driscoll (1998)
[k] Gourlay (1998)

multiples catégories. Le tableau 1 fournit une liste partielle des enjeux pertinents relativement à la réforme de la santé mentale, de sources diverses.

Un document de politique nationale clairvoyant, publié par Santé et Bien-être Canada en 1988, *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, avait attiré l'attention sur les déterminants généraux des problèmes de santé mentale, et insistait sur l'importance de la promotion de la santé mentale. Ce point de vue a été défendu de nouveau dans le *Cadre de soutien* de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) (Trainor, Pape et Pomeroy, 1992), qui mettait en relief l'importance des services et des mesures de soutien qui, jusqu'alors, avaient toujours été offerts à l'extérieur du système de prestation de soins de santé mentale. L'ACSM entrevoyait la possibilité de mettre sur pied un réseau élargi de tels services et mesures, notamment des logements communautaires, des possibilités d'emploi enrichissantes, des outils d'initiative personnelle et des projets favorisant le soutien familial.

Cette perspective élargie était au coeur d'un changement de paradigme auquel la coterie traditionnelle de fournisseurs de soins médicaux n'avait pas encore adhéré, étant plutôt réticente à accorder autant d'importance à ces services supplémentaires (p. ex., le logement ou la recherche d'emplois) qu'aux autres. En outre, la reconnaissance du besoin d'un éventail de services plus diversifiés posait un problème immédiat et épineux : celui de la répartition des budgets entre les ministères, qui risquait de s'apparenter à un sempiternel « jeu de ballon ».

En 1992, un symposium intitulé « Aperçu du système de santé mentale du Canada » avait débouché sur une série d'études, sous la direction de Bachrach, Goering et Wasylenki (1994). Cette série donnait un aperçu de la nature et des valeurs uniques du système de santé mentale du Canada, établissant, à l'appui, maintes comparaisons avec le système américain (Bachrach 1994a, 1994b; Beiser et Edwards, 1994; Bigelow et McFarland, 1994; Bigelow, Sladen-Dew et Russell, 1994; Freeman, 1994; Goering, Wasylenki et Macnaughton, 1994; Mercier et White, 1994; Wasylenki, Goering et Macnaughton, 1994). Les Canadiens et les Canadiennes pouvaient certes s'enorgueillir de leur système de santé mentale, loué par d'éminents professionnels américains de la santé, qui le percevaient plus convivial et humain que le leur, et vantaient ses efforts pour fournir des soins universels à ceux qui en avaient besoin.

Dans le même ordre d'idées, le Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale a commandé une importante série d'études sur la politique et la pratique en santé mentale, intitulée *Examen des meilleures pratiques de la réforme de la santé mentale* (Unité de recherche sur les systèmes de santé, 1997a; 1997b; 1997c), à l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke de l'Université de Toronto (l'actuel Centre for Addiction and Mental Health). Si l'expression « meilleures pratiques » suscite parfois des critiques (peut-être en raison de la fausse perception selon laquelle elle dénote une supériorité irréfutable et empêche l'exploration de solutions de rechange), elle a d'abord été adoptée dans le but de reconnaître l'importance des faits dans la mise en oeuvre d'une éventuelle réforme. À l'aide d'une approche basée sur les faits, Goering et ses collègues ont pu cerner des politiques et des pratiques exemplaires, aptes à fournir un contexte à la fois théorique et pratique pour une liste de stratégies cliniques et globales, utilisées à grande échelle par des décideurs, des experts en planification et des administrateurs en vue de faciliter la réforme du système de santé mentale. Le tableau 2, qui porte sur ces travaux, fournit une liste partielle de pratiques cliniques en

**Tableau 2 : Liste partielle des *meilleures pratiques* de la réforme de la santé mentale**

- Suivi intensif dans la communauté
- Meilleure gestion de cas
- Services mobiles d'intervention d'urgence
- Services de santé mentale à domicile
- Travail assisté et réadaptation psychosociale
- Aide à la vie autonome
- Collaboration à la prestation de soins : soins de santé primaires et services spécialisés de santé mentale
- Collaboration à la prestation de services et à l'offre de soutien à la famille
- Services intégrés pour les cas de comorbidité
- Promotion des interventions précoces
- Meilleur partage de l'information

santé mentale, considérées comme à l'avant-garde des efforts d'innovation et d'amélioration (Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care, 2000; Drake et Mueser, 1996; Unité de recherche sur les systèmes de santé, 1997a; Marks et Scott, 1990; Morgan, 1993; Seaburn, Lorenz, Gunn, Gawinski et Mauksch, 1996).

La qualité des faits permettant d'évaluer l'efficacité des pratiques recensées au tableau 2 varie considérablement. Aussi faudra-t-il déployer plus d'efforts pour mesurer leur efficacité et leur utilité pratique dans divers contextes. Bon nombre des pratiques plus récentes en santé mentale viennent à peine d'être mises en oeuvre dans les systèmes canadiens; le besoin de partager l'information et l'expérience acquises partout au pays est manifeste. C'est dans un tel esprit d'enquête que de nombreux projets chapeautés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) ont vu le jour.

En 1998, l'Unité de promotion de la santé mentale a diffusé une série de documents dans le cadre du Plan national de promotion de la santé (Driscoll, 1998; Gourlay, 1998; Stephens, 1998). En plus de procéder à un examen scientifique des enjeux d'ordre politique pertinents relativement aux systèmes de santé mentale au Canada, les auteurs y résumaient les structures financières et législatives s'y rapportant et faisaient le point sur les conclusions de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, en mettant l'accent sur la santé mentale. Cette série a attiré l'attention sur la santé de la population et la promotion de celle-ci, plus particulièrement sur leurs incidences profondes sur la conceptualisation et la prestation de soins de santé mentale. Dès lors, il était impossible de conserver un point de vue myope et de ne voir que les patients qui, tout à fait par hasard, se retrouvaient dans nos hôpitaux et nos cliniques. Il fallait désormais embrasser du regard tout le paysage, et observer non seulement les personnes atteintes de maladies mentales graves, mais aussi celles qui pouvaient être touchées par ces maladies à un niveau ou à un autre. En même temps qu'on se rendait compte à quel point cette tâche serait bien plus vaste qu'on ne l'avait cru, il y avait cette promesse de pouvoir prévenir une panoplie de problèmes grâce à un investissement judicieux des ressources. Comme le dit le proverbe, un point à temps en vaut cent. Un projet en santé mentale s'appuyant sur de bonnes assises critiques va en ce sens.

Les tendances canadiennes relativement à la politique de santé mentale, au cours des années 80 et 90, reflétaient le besoin de réaffecter des ressources à partir des services officiels vers les consommateurs – d'où l'augmentation d'activités axées sur la famille et la restructuration des modèles de pouvoir et d'influence au sein d'un système de santé mentale misant sur les services (Trainor, Pape et Pomeroy, 1997). Pendant la même période, la plupart des régions au pays ont réorganisé leurs services de santé, pour en confier l'administration à des organismes sur leur territoire (Lomas, Woods et Veenstra, 1997). Vers 2000, les décideurs avaient l'esprit tourné vers la reddition des comptes.

Le Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale a alors commandé un rapport sur la reddition des comptes dans le système de santé mentale. L'Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires de l'Université de la Colombie-Britannique a produit le rapport, présenté comme une trousse documentaire, *Indicateurs de rendement et de reddition des comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale* (McEwan et Goldner, 2001). À l'aide des indicateurs de santé élaborés par l'Institut canadien d'information sur la santé (1999), McEwan et Goldner ont présenté les méthodes servant à évaluer les systèmes de santé mentale et leurs services selon une approche basée sur des faits. Ils ont particulièrement insisté sur un principe jugé fondamental, soit l'importance de suivre le rendement dans le contexte de buts et objectifs clairement reliés à la politique en matière de santé mentale.

Par ailleurs, d'importants organismes oeuvrant dans la recherche en santé ou offrant des soins de santé ont lancé une consultation à l'échelle nationale, « À l'écoute : consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé ». Celle-ci visait à cerner les thèmes de recherche liés aux enjeux parmi les plus cruciaux avec lesquels devront composer les décideurs et les gestionnaires durant l'actuelle période de dix ans. Le tableau 3 dresse la liste des thèmes principaux et secondaires révélés durant la consultation, chacun

**Tableau 3 : Thèmes établis par la *National Consultation on Health Services and Policy Issues* (2001)**

THÈMES PRIMAIRES

- Ressources humaines en santé
- Financement et attentes du public
- Gouvernance et responsabilisation
- Initier et gérer le changement du système
- Améliorer la qualité
- Évaluation des soins de santé et de la technologie
- Consultation du public au sujet des services de santé électroniques
- Amélioration de l'accès des groupes « marginalisés »

THÈMES SECONDAIRES

- Soins de santé primaires
- Mondialisation
- Régionalisation
- Santé de la population
- Continuum des soins et modèles de prestation
- Indicateurs de rendement, données probantes et résultats
- Rôle changeant des soins non structurés et bénévoles

étant d'une grande pertinence en matière de santé mentale, tant pour l'amélioration de la politique que pour celle de la pratique. Il est à noter qu'un des thèmes principaux traite de l'amélioration de l'accès au profit des « groupes marginalisés », et fait explicitement référence aux personnes atteintes de maladies mentales. On peut interpréter cette mention comme un signe de l'attention plus grande accordée aux services spécialisés en santé mentale dans l'ensemble du système de santé.

De nombreuses valeurs caractéristiques de la politique canadienne en matière de santé mentale, c.-à-d. La justice sociale, le pluralisme social, la pertinence culturelle, la spécificité psychologique et l'espace social, font l'objet de louanges de la part d'éminents observateurs (Bachrach, 1994a; Bachrach 1994b; Torrey, Bigelow et Sladen-Dew, 1993). Les pressions financières actuelles que doivent subir les projets visant à améliorer les services de santé mentale pourraient, en fait, constituer une épreuve décisive pour mesurer à quel point le Canada tient à ses valeurs et à son idéal, longtemps défendu, d'un accès universel aux soins de santé. De plus, le besoin incontournable de meilleures solutions aux problèmes de santé mentale, dont souffrent trop de Canadiens et de Canadiennes, pose un grand défi. Lancés en vue de relever ce défi, les projets du FASS mettent l'accent sur divers enjeux d'une importance vitale dans le secteur des soins de santé mentale, tel qu'on le connaît aujourd'hui. Ils sondent les solutions les plus novatrices appliquées au Canada.

# 2. Aperçu des études financées par le Fonds pour l'adaptation des services de santé

Les 24 projets financés par le FASS qui traitent de la politique et de la pratique en santé mentale sont énumérés dans l'annexe A. Chacun est intrinsèquement lié aux enjeux d'ordre politique décrits aux tableaux 1 et 3 du présent document. Regroupés, les 24 projets font écho aux pratiques novatrices recensées au tableau 2. Ces projets sont centrés sur les services aux enfants (SK324, PE421, AB301-9), alors que les autres examinent des questions pertinentes au traitement des jeunes (NS421, ON321). Beaucoup d'études se penchent sur les services en santé mentale offerts aux adultes plus âgés (NA221, NA122, QC428) ou aux adultes atteints de graves maladies mentales (QC407, NA149, BC121, QC408, QC434). De nouvelles approches de prestation de soins ont fait l'objet d'études, y compris des modèles mettant l'accent sur les soins primaires (AB301-3, NS421, ON321, AB301-10), les soins à domicile (QC407, NA149, BC121), les progrès technologiques (QC430, BC423), le logement (QC408, QC434), la compréhension culturelle (QC424, AB301-3), la prévention (SK423), la meilleure gestion des dossiers et les services de consultation (SK329, BC124) ainsi que l'intégration des services et de l'éducation (SK324, PE421, QC407, NS421, QC408, QC434, SK327). Parmi les enjeux

importants relativement à la politique et à la pratique en santé mentale qu'on a dû laisser de côté figuraient l'assistance en milieu de travail, la réadaptation professionnelle et les modèles de réaction en cas d'urgence et de crise attribuables à des problèmes de santé mentale.

# 3. Présentation des constatations importantes et pertinentes

Le présent chapitre met en relief certaines des constatations essentielles tirées des projets financés par le FASS. Les constatations générales corroborées par des faits sont présentées plus particulièrement dans le résumé des conclusions (tableau 4).

Certains projets ont examiné les modèles de services dans les centres urbains. Les résultats du projet visant la création d'un centre de santé axé sur l'évaluation formative (AB301-3) portent à croire qu'on pourrait éviter l'hospitalisation de personnes souffrant de maladies mentales si un centre de soins communautaires intégrés, situé au centre-ville, était ouvert à toute heure du jour. Le projet visant le partage des soins de santé mentale dans les pratiques axées sur les soins primaires (AB301-10), qui s'est penché sur un modèle intégrant les soins de santé mentale aux cabinets de médecins de famille urbains, a vu des améliorations dans la qualité des services. Il s'agit d'une conclusion bienvenue, compte tenu des résultats d'une autre étude descriptive, sur l'évaluation des services de consultation en clinique externe en psychiatrie gériatrique à l'intention des patients âgés en dépression (QC428), qui a étudié les barrières à la communication qui se présentaient durant la consultation entre les médecins de premier recours et les psychiatres gériatriques dans les modèles de services médicaux traditionnels. Le projet visant la prestation de soins intégrés au domicile de personnes atteintes de troubles mentaux graves et constants (QC407) a permis d'évaluer l'intégration des traitements des troubles imputables à la surconsommation de drogues aux services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves dans un modèle de traitement communautaire dynamique mis en oeuvre à Montréal. Une évaluation rétrospective des services adaptés aux différences culturelles que fournit le Centre for Survivors of Torture and Trauma d'Edmonton (AB301-13) conclut que les clients ont bénéficié d'un soulagement physique et mental. Le soutien social était perçu comme un déterminant important de la santé. Dans un projet visant l'élaboration et l'évaluation de services de consultation en santé mentale adaptés aux différences culturelles (QC424),

**Tableau 4 : Résumé des conclusions des projets financés par FASS**

- l'utilité de transférer certains services de santé mentale aux services de soins primaires;
- l'utilité de créer localement des « centres de réintégration et d'adaptation » à l'intention des clients atteints de maladies mentales et de toxicomanie chroniques en région éloignée;
- l'acceptation, par les clients, les familles et les infirmières, de la notion de services à domicile pour personnes souffrant de troubles psychotiques;
- la fiabilité et la validité d'un nouvel outil qui évalue la sécurité du milieu de vie pour les personnes souffrant de démence;
- l'amélioration des auto-évaluations de la confiance et de la compétence des médecins de premier recours qui reçoivent une courte formation sur la santé mentale;
- l'acceptation du modèle intégré de prestation des services par les parents d'enfants autistiques;
- la qualité des améliorations apportées à la vie des clients qui bénéficient parallèlement d'un traitement communautaire dynamique et d'un traitement pour la toxicomanie;
- l'acceptation par les parents et les enfants de brèves interventions psycho-éducatives afin de prévenir les troubles affectifs chez les enfants de parents déprimés;
- l'acceptation par une large gamme d'intervenants des collectivités rurales et éloignées de courts projets éducatifs sur la prévention des troubles alimentaires et le traitement des personnes souffrant de ces troubles;
- l'acceptation par les bénéficiaires et les fournisseurs de services du recours à des « courtiers culturels » pour le traitement des personnes de contextes ethnoculturels différents souffrant de maladies mentales;
- l'acceptation par les bénéficiaires d'un service spécialisé à l'intention des victimes de traumatismes; et
- l'importance de la normalisation, à l'échelle nationale, de l'information et des systèmes de communication sur la santé mentale afin de multiplier les avantages et de réduire les risques au maximum.

des interprètes et des « courtiers culturels » ont aidé à surmonter les obstacles à la communication et à la compréhension entre des personnes dont les antécédents ethnoculturels varient considérablement, y compris des immigrants et des réfugiés.

Les défis que pose la prestation de services de santé mentale dans les régions éloignées du Canada ont fait l'objet de l'étude sur la mise en place d'un système intégré à l'intention de personnes atteintes de maladies mentales graves et constantes (QC434). Grâce à la présence d'un « centre de réalisation » à Inukjuak, les personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale et d'incapacité intellectuelle se sont vu offrir des services et des mesures de soutien communautaires, ce qui a eu pour effet de réduire leur besoin de déménager vers des centres urbains éloignés pour y recevoir des traitements. Le projet traitant des troubles de l'alimentation dans le Nord (BC403) avait pour but d'aider les résidents de 30 collectivités rurales et éloignées de la Colombie-Britannique à éviter de souffrir de troubles de l'alimentation ou à leur fournir des soins s'ils en étaient déjà atteints. L'étude proposait également un cadre théorique favorisant une approche complète et intégrée en matière de prévention, d'intervention, de diagnostic et de thérapie, en insistant sur la nécessité de consacrer plus de ressources à la prévention et à l'intervention immédiate.

Jusqu'à tout récemment, l'hospitalisation à cause d'une psychose était considérée comme l'option la plus sûre, à la fois pour le patient et pour la société. Soigner les patients psychotiques à domicile était jugé trop risqué. Toutefois, l'étude portant sur le programme de traitement à domicile des cas de psychose aiguë (BC121), réalisée à Victoria, abonde dans le même sens que des recherches précédentes (c.-à-d. Wasylenki, Gehrs, Goering et Toner, 1997), selon lesquelles ces patients pouvaient être suivis en toute sécurité et stabilisés, avant de devenir à nouveau fonctionnels à un niveau raisonnable sans avoir à subir le stress perturbant de l'admission dans une unité psychiatrique. Dans le cadre de l'étude BC121, les patients étaient traités par une équipe d'infirmières ayant reçu une formation spécifique; on y conclut que, en moyenne, les personnes recevant ce traitement ainsi que les membres de leur famille préféraient les soins à domicile à ceux offerts à l'hôpital. De plus, l'étude a pu cerner les facteurs organisationnels qui empêchent ou favorisent la prestation de ces services à domicile. Un élément caractéristique de cette étude est son volet consacré à l'introduction à domicile de la thérapie à base de Clozapine (un médicament uniquement utilisé en milieu hospitalier depuis toujours) à l'intention de quelques personnes en traitement pendant le projet.

L'étude faisant le point sur les soins à domicile et les personnes atteintes de déficiences psychiatriques, ainsi que sur les besoins et les problèmes connexes (NA149), a procédé à l'évaluation de la question à l'échelle du pays, en plus de se pencher sur trois projets pilotes choisis en fonction de leur site, soit à St-John's (Terre-Neuve), à Ottawa (Ontario) et à Taber (Alberta). L'étude a conclu que les services à domicile à l'intention de personnes atteintes de déficiences psychiatriques pouvaient fournir un modèle de prestation de soins efficace et rentable méritant une attention nationale. Le projet visant l'amélioration de la gestion des dossiers (BC124) s'est également attardé aux services à domicile, et a permis d'éduquer, de sensibiliser et de rendre plus confiants les fournisseurs de soins et les prestataires de soins familiaux qui offrent des soins à domicile aux personnes non hospitalisées atteintes de démence. Un autre projet connexe, sur la sécurité des personnes souffrant de démence et vivant à domicile (NA122), a pour sa part consisté en l'élaboration et l'évaluation d'outils servant à mesurer la sécurité des personnes âgées atteintes de démence et vivant à domicile.

Les soins à domicile, bien perçus par les clients, les infirmières et les familles, semblent non seulement se poser en modèle sûr et efficace sur le plan médical, mais aussi comme un moyen de réduire les dépenses du système de santé par une utilisation rentable des ressources. Cependant, la mise en oeuvre de tels soins nécessite qu'on y consacre des fonds. Les décideurs devraient envisager des façons de mettre à l'essai ce modèle, en veillant à ce qu'il bénéficie de services de soutien et de formation adéquats par le personnel infirmier de chaque collectivité. Ce serait un pas en avant vers une solution prometteuse pour le traitement des maladies mentales.

Dans le cadre de l'étude visant une meilleure identification des personnes atteintes de maladies mentales dans la collectivité, l'intervention précoce auprès d'elles et la proposition de solutions, soit un modèle d'intégration des soins primaires dans le secteur de la santé mentale (NS421), on a mis en oeuvre avec succès un modèle de partage des soins mentaux dans quatre villes de Nouvelle-Écosse – le but étant d'intervenir plus rapidement et d'obtenir de meilleurs résultats chez les personnes atteintes de maladies mentales. Les auteurs ont noté un meilleur accès aux services, une réduction des listes d'attente et une baisse des inscriptions dans les salles d'urgence. L'identification et l'intervention précoces étaient également les principaux buts que s'étaient fixés deux projets traitant des enfants risquant de développer des problèmes de santé mentale, l'un sur les services de consultation en garde de jour (SK329) et l'autre sur l'amélioration et l'évaluation du programme COPE, relatif aux soins primaires en milieu scolaire (AB301-9). Les résultats indiquent que l'ajout d'un cours spécialisé dans les services de garde en milieu scolaire et préscolaire pourrait permettre de cerner plus tôt et plus précisément les problèmes, en plus de faciliter l'accès aux traitements. L'étude sur l'intégration des services à l'intention des familles souffrant de troubles affectifs (SK423) a analysé deux interventions préventives visant à ralentir le développement des troubles psychiatriques chez les enfants dont les parents souffrent de dépression.

Le projet traitant des services de santé mentale en direct (BC423) a sondé l'utilisation des systèmes d'information, en plus de fournir des recommandations pour améliorer le transfert d'information entre les secteurs du système de santé mentale, et au sein de ceux-ci, tout en protégeant la vie privée et la confidentialité des personnes atteintes de troubles mentaux. Le projet a examiné les répercussions d'une administration publique régionalisée, ce qui l'a amené à constater l'importance d'avoir, partout au Canada, des informations normalisées et comparables en santé mentale.

Ces projets ont favorisé des changements durables dans la prestation des soins de santé mentale dans divers provinces et territoires. Dans certains cas, la démonstration des projets pilotes était si convaincante que des décideurs ont accepté de les financer annuellement, comptant sur une amélioration de la qualité ou de la rentabilité. De nouvelles ressources ont vu le jour à partir de nombreux projets, qu'il s'agisse d'analyses bibliographiques, de sites Web, d'outils d'évaluation, de manuels, de glossaires ou de cadres d'évaluation. Chacune de ces ressources favorisera la diffusion des connaissances.

# 4. La question des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et son incidence sur la politique et la pratique

En 2001, sous le titre À l'écoute (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001), cinq organisations canadiennes clés qui œuvrent dans le domaine des services de santé et de la recherche[2] connexe ont décidé de lancer conjointement une vaste consultation sur les enjeux stratégiques auxquels doit répondre le secteur de la santé. Les responsables des politiques, les gestionnaires et les organisations cliniques qui ont participé se sont entendus pour dire que la question des ressources humaines allait continuer de dominer la scène de la santé au cours des deux à cinq prochaines années.

La main-d'œuvre du secteur canadien de la santé constitue une ressource précieuse et de grande qualité. Nombreux sont nos professionnels, administrateurs, programmeurs, scientifiques et travailleurs spécialisés qui pourraient se comparer aux meilleurs du monde

2. Les organisations étaient le Comité consultatif des services de santé de la Conférence des sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé; l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut des services et des politiques de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada.

dans leurs domaines respectifs. Les Canadiens ont apporté des contributions majeures à la recherche sur les sciences de la santé et la pratique clinique tout en réussissant à garder un régime de santé d'accès universel. Néanmoins, ces dernières décennies, la main-d'œuvre canadienne du secteur de la santé a perdu quelque peu de son lustre. Les travailleurs de la santé se disent de plus en plus mécontents, plus souvent qu'auparavant ils recourent à des moyens de pression au travail et nombreux sont les professionnels de la santé qui conseillent aux jeunes de faire carrière dans d'autres domaines. Omniprésent dans le secteur de la santé, ce mécontentement n'épargne pas les travailleurs de la santé mentale qui se disent parfois assiégés et dépassés par la multitude des idées, des questions d'éthique et des émotions que soulèvent les problèmes de santé mentale. Souvent, les travailleurs de la santé mentale ont déjà une lourde charge de travail et sont soumis à un grand stress professionnel. Alors, quand, dans un vent de réforme, on leur demande en plus de changer en profondeur leur façon d'aborder la santé mentale, il n'est pas étonnant qu'ils réagissent négativement. Pourtant, si on veut mener à bien les projets de réforme de la santé mentale, il est essentiel que nous procédions à un redéploiement, à une reconfiguration et à un recyclage substantiels de la main-d'œuvre (Unité de recherche sur les systèmes de santé, 1997c). Dans la main-d'oeuvre rattachée à la santé mentale, on retrouve des travailleurs aux disciplines et professions variées. C'est cette diversité qui fait, selon bien des gens, la force du secteur. Cependant, les conflits relatifs aux rôles respectifs et à la répartition du travail entre les différentes professions, déjà fréquents, le deviennent encore plus quand on décide de redéployer des travailleurs.

Divers organismes de soutien et d'entraide, groupes d'intérêts spéciaux et organismes gouvernementaux ont signalé la nécessité d'assurer une surveillance adéquate des travailleurs de la santé et un contrôle de leur qualité. Bien que la plupart des travailleurs de la santé observent des normes déontologiques élevées et réagissent consciencieusement à la confiance que la société place en eux, des préjudices ou des cas d'abus flagrants ont semé des doutes quant à la suffisance des mécanismes de surveillance. Au-delà des préjudices particuliers ou des cas ponctuels d'abus de confiance, nous devons prendre conscience du dilemme beaucoup plus fréquent qui se pose quand les intérêts des travailleurs de la santé vont à l'encontre de ceux de leurs patients ou clients. Citons, par exemple, le problème du travail par quart qui, s'il assure une continuité dans les soins, ne répond pas forcément aux préférences des travailleurs de la santé. Comment résoudre ce dilemme? Les deux groupes ont des besoins légitimes dont il faut tenir compte pour arriver au meilleur équilibre possible. Pour fonctionner, notre système de santé mentale doit s'assurer que son capital humain est bien traité et correctement soutenu. En outre, le système doit protéger les intérêts des bénéficiaires de soins et se doter de mécanismes lui permettant de garantir la qualité des soins et une protection contre la folie.

Un grand nombre des innovations envisagées dans le cadre des projets du FASS ouvrent des possibilités prometteuses pour ce qui est du soutien et du renforcement des capacités de la main-d'œuvre en santé mentale. Qu'il s'agisse des technologies de la télémédecine, des bases de données électroniques, des sources d'information sur Internet fondées sur des données probantes, des outils d'évaluation et des programme éducatifs, ces nouveautés pourraient faciliter certaines des tâches qui incombent aux travailleurs de la santé mentale et favoriser leur recrutement et leur maintien en poste. Souvent, ces innovations pourraient aussi aider le système de santé mentale à soutenir les patients en surveillant la qualité des soins qui leur sont prodigués et en établissant des mécanismes de reddition des comptes. Ces innovations sont donc bien souvent des outils qui peuvent soutenir l'efficacité et l'efficience du système, réduire les pressions et renforcer la qualité des soins offerts.

Il est ressorti de nombreux projets parrainés par le FASS que l'efficacité du leadership figure parmi les facteurs de réussite. Il est donc essentiel d'accorder plus d'attention à l'importance du leadership, car il s'agit là d'un aspect qui a été largement négligé dans le secteur de la santé mentale en général (Shore et Vanelli, 2001), et le secteur canadien n'est certainement pas en reste. L'inspiration, les valeurs et la philosophie qu'une direction capable et respectée peut partager sont pour beaucoup dans le succès du système.

Pressés comme nous le sommes d'établir un système à la fois satisfaisant et économique, nous risquons d'oublier certaines caractéristiques essentielles, dont l'efficacité du leadership. Signe qu'on commence à reconnaître l'importance du leadership, on voit apparaître de nouveaux modèles, outils et programmes de développement du leadership (p. ex., Robbins, Bradley et Spicer, 2001; Wright, Rowitz et Merkle, 2001).

La relation entre le leadership et le changement du système mérite qu'on l'étudie davantage. Reinharz, Contandriopoulos et Lesage (2000) ont trouvé, dans une étude sur la désinstitutionnalisation, qu'un groupe de professionnels de la santé était capable de partir d'un changement planifié et d'en faire en outil dans ses efforts pour jouer un rôle central dans le système de santé et, partant, renforcer son leadership dans le secteur des soins de santé.

# 5. Incidences intersectorielles de la politique et de la pratique relatives à la santé mentale

Nombreuses sont les personnes qui souffrent directement ou indirectement de troubles de la santé mentale. Nombreux sont aussi celles qui, de par leurs rôles, ont intérêt à ce qu'on offre un traitement ou un soutien aux malades ou qui sont appelées à exercer une influence sur un aspect ou un autre du système de santé mentale. Le tableau 5 dresse une liste longue, mais non exhaustive, des groupes d'intéressés (intervenants). Celle-ci n'est pas classée selon un ordre particulier et vise simplement à donner une meilleure idée du grand nombre de personnes qui se penchent sur les problèmes de la santé mentale ou qui les influencent.

Comment arrive-t-on à représenter adéquatement les multiples droits, besoins et souhaits des divers intervenants pour arriver à un bon équilibre? Récemment, certains auteurs ont conçu des modèles organisationnels qui cherchent à intégrer les multiples points de vue (p. ex., Boyce, 2001; Jackson, 2000), mais le grand nombre de secteurs qu'il faudrait idéalement inclure et représenter dans le processus décisionnel et la pratique relatifs à la santé mentale continue de soulever un défi de taille pour ceux qui se préoccupent de la régie et de l'intégration du système.

Dans un effort pour trouver des solutions aux problèmes intersectoriels, on a créé des comités ou groupes de travail interministériels ou interinstitutions. Or, s'ils peuvent être utiles, ces comités ou groupes de travail souffrent souvent du fait qu'ils occupent une place secondaire dans l'ordre de priorité. Quand les pressions sur le système se font trop fortes (la plupart du temps), les travaux intersectoriels passent au deuxième plan, s'ils ne tombent pas dans l'oubli.

La Colombie-Britannique a récemment adopté une approche unique en son genre en nommant un ministre d'État à la santé mentale.[3] Ce geste témoigne d'une reconnaissance directe de l'importance de la santé mentale dans la société et donne à ce secteur une autorité, renforcée par un siège au Cabinet, dont le rôle est d'assurer la gouvernance et l'administration du système provincial de santé mentale.

Il faut poursuivre les efforts pour combler le fossé qui sépare les secteurs. Les points de vue des divers groupes d'intervenants et leurs philosophies ne peuvent pas toujours converger. On encourage de plus en plus les modèles de collaboration qui, d'ailleurs, sont prometteurs (Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care, 2000; Seaburn, Lorenz, Gunn, Gawinski et Mauksch, 1996). Comme l'ont montré les projets parrainés par le FASS, le partage et l'intégration des services de santé mentale sont des moyens pratiques d'améliorer la qualité et l'efficacité des services. En outre, la collaboration a pour effet d'influencer chacun des collaborateurs et d'enrichir leurs philosophies et leurs connaissances respectives. Bien qu'il soit difficile d'abattre les murs et d'établir les partenariats, c'est pourtant une étape fondamentale par laquelle on doit passer si on veut améliorer le système de santé mentale.

3. L'honorable Gulzar Cheema a été nommé ministre d'État responsable de la santé mentale de la Colombie-Britannique le 5 juin 2001.

**Tableau 5 : Santé mentale : Groupes intéressés (Intervenants)**

- Grand public
- Personnes directement touchées par des problèmes de santé mentale
- Familles, amis ou collègues des personnes directement touchées
- Cliniciens, professionnels de la santé
- Autres travailleurs de la santé
- Administrateurs, gestionnaires
- Responsables de l'élaboration de politiques, dirigeants et décideurs
- Travailleurs sociaux et autres fournisseurs de services sociaux (y compris les fournisseurs de soutien à domicile et au travail)
- Juges, avocats et procureurs
- Police
- Autres travailleurs du système de justice pénale
- Clergé et services de pastorale
- Organismes et associations de soutien et d'entraide
- Organismes bénévoles et de soutien communautaire
- Professeurs, conseillers scolaires et autres intervenants en milieu scolaire
- Employeurs
- Assureurs
- Défenseurs d'intérêts, lobbies
- Industries de la santé
- Propriétaires de magasins et autres groupes commerciaux
- Chercheurs et personnel de recherche
- Journalistes, écrivains, réalisateurs, artistes

Si nous voulons une meilleure intégration, il nous faut aussi reconnaître l'importance du débat et favoriser les discussions et l'élaboration de politiques intersectorielles. Ce faisant, nous devons rester fidèles au principe d'un processus décisionnel fondé sur des données probantes et adopter des mécanismes qui nous protègent contre les décisions politiques faisant fi des données probantes. Il serait évidemment naïf de penser que les facteurs politiques cesseront d'intervenir dans le processus décisionnel, mais nous devons quand même nous efforcer de donner la priorité aux données probantes. Autrement dit, nous devons soutenir les politiques A, B, C ou D fondées sur ces données. D'un autre côté, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, des données probantes dont nous avons besoin pour guider nos décisions. Il est donc urgent que nous prêtions une plus grande attention aux problèmes liés aux politiques (Macintyre, Chalmers, Horton et Smith, 2001) et à l'augmentation des capacités de recherche dans ce domaine (Jenkins, 2001).

# 6. Incidences sur la politique et la pratique

Sauf exception, les projets parrainés par le FASS ont permis de lancer de nouvelles pratiques et, simultanément, d'examiner ou d'évaluer certains aspects de la pratique ou de sa mise en œuvre. Parmi les résultats importants de chaque projet figure le regroupement de constatations et de conclusions susceptibles d'informer un large éventail d'intéressés (les intervenants) sur les nouvelles pratiques ou leur mise en œuvre locale. Souvent, les chercheurs ont décidé de mettre à l'essai dans le domaine de la santé mentale les innovations apportées avec succès à la pratique dans d'autres secteurs (graphique 2). En guise d'analogie, on peut comparer les chercheurs du FASS à des innovateurs du domaine agricole, qui réussissent à mettre au point de nouveaux hybrides que d'autres chercheurs avaient déjà réussi à cultiver dans des serres éloignées. Dans tout le processus, les projets du FASS correspondent à l'étape importante (Essais sur le terrain et évaluation locale, graphique 2) au cours de laquelle les chercheurs agricoles découvrent si ces hybrides peuvent s'adapter à d'autres circonstances, s'ils peuvent survivre en terrain local et s'ils peuvent être exposés aux conditions climatiques du nouveau milieu. La culture va-t-elle être possible en terre canadienne et devenir une source importante et durable de nourriture? Ou va-t-elle péricliter, parce que l'environnement ou le climat ne conviennent pas.

Un grand nombre de ces projets ont fourni une occasion unique et précieuse d'étudier l'adoption de pratiques nouvelles dans le « monde réel » de la santé mentale. On prend rarement en considération les

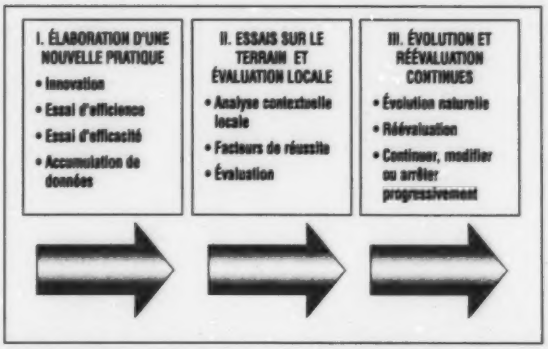



**Figure 2 Étapes dans l'introduction de nouvelles**

processus complexes que suppose la mise en œuvre de ces innovations. Pourtant, pour réussir, il est essentiel qu'on comprenne mieux les processus qui facilitent ou entravent le changement dans un système. Dans l'ensemble, les 24 projets parrainés par le FASS ont permis de bâtir un large fonds de connaissances qui guidera la mise en œuvre des nouveaux modèles de services et l'évolution du système. Un grand nombre des chercheurs ont pris soin de cerner les éléments du processus qui ont eu une influence sur le déroulement de leurs projets. L'examen de l'ensemble complet des projets permet aussi de mettre en évidence les facteurs de réussite critiques généraux. Le tableau 6 fait la synthèse des divers facteurs de réussite qui interviennent dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques et qui découlent du processus de changement.

Quand on prend un peu de recul pour avoir une vue d'ensemble, on se rend vite compte, une fois les résultats des différents projets combinés, qu'un grand nombre des innovations du secteur des services communautaires ont des retombées très positives sur les personnes souffrant d'une maladie mentale et sur leurs familles. Les modèles de services de santé mentale qui favorisent un mode de vie stable et assurent aux malades et à leurs familles un soutien dans un environnement naturel et confortable, comme à l'école, à la maison ou dans le cabinet du médecin de famille, renforcent l'intégrité des réseaux sociaux et réduisent les risques de perturbations et de marginalisation. Compte tenu du stigmate étouffant qui semble accompagner invariablement les personnes atteintes d'une maladie mentale (Crisp, Gelder, Ris, Meltzer et Rowlands, 2000), les approches qui encouragent une saine intégration sociale et préservent la dignité des patients et de leurs familles revêtent une importance primordiale.

**Tableau 6 : Les facteurs de réussite – Synthèse des conclusions du FASS relatives à la mise en œuvre de nouvelles pratiques**

- la détermination d'objectifs mesurables pour tous les projets pilotes et de démonstration;
- l'évaluation réaliste des chances de réussite d'un projet pilote ou d'un projet de démonstration;
- l'inclusion de méthodes de recherche et de caractéristiques de conception appropriées pour permettre l'évaluation ou la vérification en bonne et due forme des hypothèses formulées dans le cadre des projets pilotes ou de démonstration;
- l'engagement (y compris le financement), avant l'amorce du projet pilote, pour un soutien annualisé si le projet devait atteindre ses objectifs;
- l'engagement, par tous les intervenants pertinents, avant l'amorce du projet pilote, à l'égard d'un plan clairement établi qui prévoit la cessation du projet s'il n'atteint pas ses objectifs;
- l'observation d'une étape préparatoire avant la mise en œuvre d'un programme nouveau afin de préparer les intervenants et d'encourager la participation;
- la détermination des avantages que les nouveaux programmes et services assurent aux intervenants;
- la promotion d'une participation significative d'un large réseau d'intervenants aux nouveaux projets;
- la création d'un groupe consultatif averti et influent afin de soutenir les chefs de projets;
- la mise en place de dispositions afin que les chefs de projets puissent obtenir des fonds de démarrage rapidement et ne pas avoir à attendre pour lancer un nouveau programme ou projet;
- l'extension des échéanciers afin de laisser le temps aux nouveaux projets de se terminer, compte tenu des retards et des interruptions imprévisibles et inhérents au système et au secteur des services;
- la formulation préalable de plans d'action qui permettent de traiter les obstacles prévus;
- un leadership efficace;
- une sélection du personnel acceptée par les principaux intervenants; et
- l'élaboration d'un plan de communication et de diffusion bien conçu et bien exécuté.

Si ces innovations apportées aux services de santé mentale peuvent améliorer concrètement les soins donnés et la qualité de vie des bénéficiaires, pourquoi semble-t-il si difficile de changer le système? Depuis quelques dizaines d'années, il y a eu différentes réformes stratégiques dont l'objet était de créer un solide réseau de soutiens communautaires. Au fil des ans, les progrès ont été minimes. La plupart des ressources consacrées au secteur de la santé mentale continuent d'aller aux admissions à l'hôpital pour des soins actifs, même si le gros du traitement et du soutien se fait tout au long de la maladie. De toute évidence, les modèles de traitement à domicile, à l'école ou dans la collectivité, qui ont été mis à l'essai dans le cadre de certains projets du FASS, sont apparus comme des solutions de rechange plus intéressantes que les méthodes de traitement traditionnelles et dominantes, trop souvent caractérisées par de fréquentes visites à l'urgence, des hospitalisations répétées et des rendez-vous manqués par des patients externes.

La formulation de théories qui prennent en considération les facteurs propices ou défavorables au changement est un vaste phénomène qui s'est étendu à une multitude de disciplines et de cadres intellectuels, dont la théorie des organisations, l'économique, la psychologie, la sociologie, la biologie, l'étude des religions, la physique, les sciences politiques, l'histoire et l'anthropologie. La théorie classique des organisations (p. ex., Taylor, 1911; Fayol, 1949) s'appuyait sur les hypothèses suivantes : la nature humaine étant ce qu'elle est, les travailleurs sont paresseux et évitent d'en faire plus que le minimum. Les théoriciens contemporains ont laissé tomber ce genre d'hypothèses et essaient plutôt de renforcer les capacités inhérentes des travailleurs en s'attaquant aux facteurs environnementaux (p. ex., Hammer et Champy, 1993; Lartin-Drake, Curran et Gillis-Donovan, 1996; Senge, 1990).

Le modèle transthéorique, élaboré pour modifier les comportements particulièrement opposés au changement, s'inspire de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et de la psychologie de la motivation. On y a fréquemment recours pour venir en aide aux toxicomanes. Les principales stratégies qui soutiennent ce modèle ont été mises au point par Prochaska et DiClemente en 1982, et décrites par Miller et Rollnick en 1991. Le tableau 7 en dresse la liste. La question qui se pose ici est de savoir si, en période de changement, ce genre de stratégies peut aider les travailleurs de la santé mentale. Les gestionnaires, les supérieurs et les cliniciens d'expérience ont-ils l'habitude d'adopter ce genre de stratégies pour obtenir de leurs collègues qu'ils voient le changement d'un œil plus favorable? En fait, on retrouve probablement dans le système des façons de faire très diverses. Il serait donc utile d'étudier soigneusement les caractéristiques qui font qu'un système de soins de santé est propice au changement et favorable au développement.

De nombreux autres cadres qui cherchent à expliquer la dynamique du changement permettraient aussi d'arriver à une meilleure compréhension des forces qui facilitent ou entravent le changement. Kotter (1996) propose un modèle complet de changement organisationnel. Les stratégies financières sont des outils puissants de changement qui agissent sur la pratique et les activités des travailleurs en récompensant, de manière sélective, des pratiques et des techniques de soins spécifiques. Dans son Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, l'Unité de recherche sur les systèmes de santé (1997c) s'est penchée sur un certain nombre de stratégies financières mises en œuvre afin d'effectuer des changements dans le système de santé mentale et en a étudié aussi quelques inconvénients et limites.

**Tableau 7 : Stratégies de motivation au changement**

- Donner des conseils utiles
- Enlever les obstacles et les éléments dissuasifs au changement
- Donner des choix
- Diminuer la valeur de l'activité actuelle
- Faire preuve d'empathie
- Faire des commentaires clairs
- Aider à clarifier les objectifs (s'ils sont réalistes et réalisables)
- Avoir une attitude d'aide active

—décrites par Miller et Rollnick, 1991

Évidemment, l'idée n'est pas de changer pour le plaisir de la chose. Il faut aussi observer une certaine dose de constance et de stabilité, quel que soit le système (Scott et Marks, 1990). Le changement n'est pas toujours productif et il peut même être destructif. Le vent de restructuration qui vient parfois souffler dans les différents ordres de gouvernement est particulièrement inquiétant. Il s'accompagne d'une réorganisation massive des structures de rapport et des relations (p. ex. : création de nouveaux ministères et de nouvelles structures de gouvernement) qui exige des années de réalignement des services, des employés et des procédures. Une « cure » de cette envergure suscite généralement une explosion de l'activité et des coûts qui, par ailleurs, mine la capacité du système de bien s'acquitter de sa mission centrale et n'apporte finalement pas grand-chose au bout du compte. Les bouleversements qui caractérisent les réorganisations systémiques intensives sont souvent le résultat d'événements particulièrement graves qui ont fait surgir des inquiétudes parmi le public et auxquels les dirigeants se sentent obligés de réagir. Malheureusement, ces changements ne permettent habituellement pas d'atteindre l'objectif désiré. Souvent, ils entraînent fréquemment l'ablation de certaines parties du système qui, pourtant, fonctionnaient bien et répondaient à d'importants besoins en services de santé.

Il n'y a pas que les réorganisations systémiques intensives qui méritent notre attention. Les changements qui se produisent dans les services cliniques et les programmes de traitement peuvent, eux aussi, sembler contraires à la logique et à la qualité ou à la diversité des services offerts. Or, nous n'avons pas intérêt à détruire aveuglément des ressources et des services précieux dont la mise sur pied a nécessité tant d'efforts. C'est ce que se plaît à nous rappeler un auteur-compositeur-interprète canadien de renom, Joni Mitchell, dans un refrain saisissant :

> *"…and don't it always seem to go that you don't know what you got `til it's gone…"*
> *(Traduction : ... et n'est-il pas vrai qu'il faut perdre ce qu'on a pour vraiment l'apprécier...)*[4]

Les projets parrainés par le FASS nous ont permis de recueillir des information sur différents efforts d'innovation entrepris dans le secteur spécifique des services de santé mentale, comme les soins à domicile, les programmes en région éloignée, les services intégrés en région urbaine, les programmes scolaires, les services communautaires spécialisés et les méthodes de gestion de l'information. Ils nous ont aussi donné un éclairage intéressant sur le processus de changement qui accompagne tous ces efforts pour améliorer les services de santé mentale au sein du régime canadien des soins de santé.

# 7. Conclusions et recommandations

Le FASS a financé 24 projets traitant de la politique et de la pratique en santé mentale. Les études ainsi réalisées ont permis d'examiner une gamme d'idées novatrices pour améliorer la pratique médicale, en plus de sonder les enjeux contextuels pertinents à la prestation de nouveaux services de santé mentale au Canada.

Des caractéristiques uniques et des facteurs sociodémographiques complexes ont façonné le secteur de la santé mentale au pays, ainsi que la perception des maladies mentales, en plus d'influer sur la politique canadienne en matière de santé mentale. Bien que les services de santé mentale offerts au Canada aient une réputation enviable, il reste des défis de taille à relever pour trouver de nouvelles solutions. Pour relever certains de ces défis, les 24 projets du FASS ont exploré diverses facettes des services de santé mentale, grâce à des projets axés sur le « monde réel » des services et des mesures de soutien en matière de santé au Canada.

4. Joni Mitchell, "Big Yellow Taxi" from Ladies of the Canyon, 1970.

Les projets financés par le FASS portent sur une grande variété de problèmes de santé mentale, qui touchent des personnes de tout âge et de tout milieu. Ces projets ont permis d'étudier des solutions adaptées aux populations vivant dans les collectivités urbaines, rurales et éloignées. Les solutions envisagées préconisent une nouvelle approche dans la prestation des services de santé mentale, englobant les points de vue d'un grand éventail d'intervenants : les personnes atteintes de maladies mentales, leurs proches, les intervenants en matière de santé, les administrateurs, les décideurs et les chercheurs.

Les études du FASS apportent un soutien probant aux nouvelles approches de prestation de services de santé mentale. Les conclusions tirées de ces études prouvent :

- l'utilité de transférer certains services de santé mentale aux services de soins primaires;
- l'utilité de créer localement des « centres de réintégration et d'adaptation » à l'intention des clients atteints de maladies mentales et de toxicomanie chroniques en région éloignée;
- l'acceptation, par les clients, les familles et les infirmières, de la notion de services à domicile pour personnes souffrant de troubles psychotiques;
- la fiabilité et la validité d'un nouvel outil qui évalue la sécurité du milieu de vie pour les personnes souffrant de démence;
- l'amélioration des auto-évaluations de la confiance et de la compétence des médecins de premier recours qui reçoivent une courte formation sur la santé mentale;
- l'acceptation du modèle intégré de prestation des services par les parents d'enfants autistiques;
- la qualité des améliorations apportées à la vie des clients qui bénéficient parallèlement d'un traitement communautaire dynamique et d'un traitement pour la toxicomanie;
- l'acceptation par les parents et les enfants de brèves interventions psycho-éducatives afin de prévenir les troubles affectifs chez les enfants de parents déprimés;
- l'acceptation par une large gamme d'intervenants des collectivités rurales et éloignées de courts projets éducatifs sur la prévention des troubles alimentaires et le traitement des personnes souffrant de ces troubles;
- l'acceptation par les bénéficiaires et les fournisseurs de services du recours à des « courtiers culturels » pour le traitement des personnes de contextes ethnoculturels différents souffrant de maladies mentales;
- l'acceptation par les bénéficiaires d'un service spécialisé à l'intention des victimes de traumatismes;
- l'importance de la normalisation, à l'échelle nationale, de l'information et des systèmes de communication sur la santé mentale afin de multiplier les avantages et de réduire les risques au maximum.

En outre, les projets parrainés par le FASS ont permis de tirer des leçons précieuses de la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans le domaine de la santé mentale. Généralement, ils ont fait ressortir les questions contextuelles essentielles susceptibles de guider l'évolution du système canadien de santé mentale. L'attention particulière que les chercheurs ont portée aux nombreuses variables qui ont facilité ou entravé les différents aspects de leurs projets a permis de cerner un ensemble de facteurs de réussite déterminants :

- la détermination d'objectifs mesurables pour tous les projets pilotes et de démonstration;
- l'évaluation réaliste des chances de réussite d'un projet pilote ou d'un projet de démonstration;
- l'inclusion de méthodes de recherche et de caractéristiques de conception appropriées pour permettre l'évaluation ou la vérification en bonne et due forme des hypothèses formulées dans le cadre des projets pilotes ou de démonstration;
- l'engagement (y compris le financement), avant l'amorce du projet pilote, pour un soutien annualisé si le projet devait atteindre ses objectifs;
- l'engagement, par tous les intervenants pertinents, avant l'amorce du projet pilote, à l'égard d'un plan clairement établi qui prévoit la cessation du projet s'il n'atteint pas ses objectifs;

- l'observation d'une étape préparatoire avant la mise en œuvre d'un programme nouveau afin de préparer les intervenants et d'encourager la participation;
- la détermination des avantages que les nouveaux programmes et services assurent aux intervenants;
- la promotion d'une participation significative d'un large réseau d'intervenants aux nouveaux projets;
- la création d'un groupe consultatif averti et influent afin de soutenir les chefs de projets;
- la mise en place de dispositions afin que les chefs de projets puissent obtenir des fonds de démarrage rapidement et ne pas avoir à attendre pour lancer un nouveau programme ou projet;
- l'extension des échéanciers afin de laisser le temps aux nouveaux projets de se terminer, compte tenu des retards et des interruptions imprévisibles et inhérents au système et au secteur des services;
- la formulation préalable de plans d'action qui permettent de traiter les obstacles prévus;
- un leadership efficace;
- une sélection du personnel acceptée par les principaux intervenants;
- l'élaboration d'un plan de communication et de diffusion bien conçu et bien exécuté.

Les facteurs énumérés ci-dessus faciliteront les efforts réalisés à l'avenir pour l'établissement de services de santé mentale au Canada et pourront guider des efforts semblables dans l'ensemble du système de soins de santé.

D'aucuns reconnaissent que les ressources humaines consacrées à la santé constituent le principal problème auquel fait face le système de santé canadien, ce qui est particulièrement vrai dans le secteur de la politique et de la pratique en santé mentale. De nombreuses idées novatrices étudiées dans les projets actuellement financé par le FASS – p. ex. : les percées technologiques dans l'information et les communications, les outils d'évaluation et les programmes éducatifs – laissent entrevoir des options intéressantes pour appuyer et améliorer les capacités de l'effectif de santé mentale. Dans bien des cas, ces idées novatrices pourraient même aider le système de santé mentale à améliorer la reddition des comptes et à mettre en place des méthodes plus efficaces, qui diminueront la pression et rehausseront la qualité des soins offerts. De nombreux projets issus du FASS fournissent des renseignements utiles sur l'importance du leadership comme étant l'un des principaux facteurs de réussite des nouveaux services en santé mentale.

La politique et la pratique en vigueur en matière de santé mentale touchent une variété d'intervenants et, par le fait même, sont tributaires de bonnes méthodes de communication et de collaboration entre les secteurs. Des efforts visant à combler les fossés entre les secteurs doivent être déployés par tous les paliers de gouvernement et dans la pratique quotidienne. Sur ce plan, on peut tirer profit des projets financés par le FASS, qui ont sondé des approches axées sur l'intégration et la collaboration. De plus, les études en cours reconnaissent l'importance de fonder les décisions sur des faits solides – un principe qu'il faut toujours réaffirmer et qui exige un engagement continu.

Les 24 projets lancés grâce au FASS entre 1997 et 2001 ont apporté une précieuse contribution à la base de connaissances théoriques sur la politique et la pratique en matière de santé mentale. Ils ont donné à diverses personnes au Canada la possibilité d'acquérir des compétences en recherche et des connaissances spécialisées. Ils ont en outre permis à des chercheurs et à des cliniciens de participer directement à l'atteinte de leurs objectifs, en leur fournissant une occasion sans précédent d'étudier des questions fondamentales concernant la politique et la pratique en matière de santé mentale. Grâce à eux, les Canadiens et les Canadiens entrent dans un nouveau millénaire avec une compréhension plus approfondie et plus claire des enjeux, et avec les ressources nécessaires pour améliorer notre approche à l'égard des maladies mentales et de la santé mentale.

# Ouvrages de référence


Acorn, S. (1993). Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(9), 854-857.

Alexander, R., Jr. (1996). The quality of life of persons with severe emotional disability: A review of empirical studies. *Journal of Health and Social Policy, 7*(4), 9-22.

Bachrach, L.L. (1994a). Deinstitutionalization and service priorities in Canada and the United States. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 3-9). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bachrach, L.L. (1994b). Reflections on mental health service delivery in Canada: One American's view. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 87-95). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bachrach, L.L., Goering, P., & Wasylenki D. (Eds.). (1994). *Mental health care in Canada*, Vol. 61. San Francisco: Jossey Bass Inc.

Beiser, M.R., & Edwards, R.G. (1994). Mental health of immigrants and refugees. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 73-86). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Belcher, J.R. (1988). Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? *Community Mental Health Journal, 24*(3), 185-195.

Bigelow, D.A., & McFarland, B.H. (1994). Financing Canada's mental health services. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 63-72). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bigelow, D.A., Sladen-Dew, N., & Russell, J.S. (1994). Serving severely mentally ill people in a major Canadian city. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 53-62). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Bland, R.C. (1998). Psychiatry and the burden of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*(8), 801-810.

Boone, M., Minore, B., Katt, M., & Kinch, P. (1997). Strength through sharing: Interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 15-28.

Boyce, R.A. (2001). Organisational governance structures in allied health services: A decade of change. *Australian Health Review, 24*(1), 22-36.

Burgess, T. (1898). A historical sketch of our Canadian institutions for the insane. In *Transactions of the Royal Society of Canada.* Ottawa: Royal Society of Canada.

Canadian Health Services Research Foundation. (2001). *Listening for direction: A national consultation on health services and policy issues.* Ottawa: The Foundation.

Canadian Institute for Health Information. (1999). *National consensus conference on population health indicators: Final report.* Ottawa: The Institute.

Chief Coroner of British Columbia. (1994). *Report of the task force into illicit narcotic overdose deaths in British Columbia.* Victoria: Ministry of Attorney General.

Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. (2000). *Shared mental health care in Canada.* Ottawa: Canadian Psychiatric Association and the College of Physicians and Surgeons.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Ris, S. Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry, 177*, 4-7.

Davis, S. (1998). Injection drug use and HIV infection among the seriously mentally ill: A report from Vancouver. *Canadian Journal of Community Mental Health, 17*(1), 121-127.

Dear, M., & Wolch, J. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness.* Princeton: Princeton University Press.

Deutsch, A. (1937). *The mentally ill in America: A history of their care and treatment from colonial times.* New York: Doubleday.

Drake, R.E., & Mueser, K.T. (Eds.). (1996). *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse: New directions for mental health services.* San Francisco: Jossey Bass Inc.

Driscoll, L. (1998). *Mental health policy: A discussion paper.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Fayol, H. (1949). *General and industrial management.* London: Pittman.

Foucault, M. (1961). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason.* New York: Pantheon.

Freeman, Stanley J.J. (1994). An overview of Canada's mental health system. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 11-20). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Goering, P., Wasylenki D., & Macnaughton E. (1994). Planning mental health services: Current Canadian initiatives. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 31-40). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Goetz, R.R., McFarland, B.H., & Ross, K.V. (2000). Effects of runaway health care costs. *New Directions in Mental Health Service, 85,* 1-3.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* New York: Doubleday.

Goldner, E.M., Abbass, A., Leverette, J.S., & Haslam, D.R. (2001). Evidence-based psychiatric practice: Implications for education and continuing professional development (CPA Position Paper). *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(5), insert.

Gourlay, D. (1998). *A fiscal and legislative map of Canadian health and mental health systems.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Grob, G.N. (1973). *Mental institutions in America: Social policy to 1875.* New York: Free Press.

Grob, G.N. (1994). Mad, homeless, and unwanted: A history of the care of the chronic mentally ill in America. *Psychiatric Clinics of North America, 17*(3), 541-558.

Hammer, M., & Champy, J. (1993). *Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution.* New York, Harper Business.

Health and Welfare Canada. (1988). *Mental health for Canadians: Striking a balance.* Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.

Health Canada. (1997). *Canada health action: Building on the legacy.* Volumes I & II, Reports of the National Forum on Health. Ottawa: Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997a). *Best practices in mental health reform: A discussion paper.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997b). *Best practices in mental health reform: A situational analysis.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. (1997c). *Review of best practices in mental health reform.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W., Borum, R., & Wagner, H.R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 50*(4), 566-567.

Isaacs, S., Keogh, S., Menard, C., & Hockin, J. (1998). Suicide in the Northwest Territories: A descriptive review. *Chronic Diseases in Canada, 19*(4).

Jackson, S. (2000). A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of Management in Medicine, 14*(3-4), 166-178.

Jenkins, R. (2001). Making psychiatric epidemiology useful: The contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(1), 2-14.

Kendrick, T., Burns, T., Garland, C., Greenwood, N., & Smith, P. (2000). Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up special services in general practice. *British Journal of General Practice, 50*(451), 121-126.

Kirmayer, L.J., & Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 446-452.

Kotter, J.P. (1996). *Leading change.* Boston: Harvard Business School Press.

Krasnick Warsh, C. (1989). *Moments of unreason: The practice of Canadian psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923.* Montreal: McGill-Queen's University Press.

Lartin-Drake, J.M., Curran, C., & Gillis-Donovan, J. (1996). Improving the quality of health services organization structure by reengineering: Circular design and clinical case impact in an academic medical center. *American Journal of Medical Quality, 11*, 151-158.

Leighton, A.H. (1984). Barriers to adequate care for mentally ill people. *Social Science and Medicine, 18*(3), 237-241.

Lesage, A.D., Morissette, R., Fortier, L., Reinharz, D., & Contandriopoulos, A-P. (2000). Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry, 45* 526-531.

Lomas, J. (2000). Using "linkage and exchange" to move research into policy at a Canadian foundation. *Health Affairs, 19*, 236-240.

Lomas, J., Woods, J., & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: An introduction to the issues. *Canadian Medical Association Journal, 156*, 371-377.

Macintyre, S., Chalmers, I., Horton, R., & Smith, R. (2001). Using evidence to inform health policy: Case study. *British Medical Journal, 322*(7280), 222-225.

Marks, I.M., & Scott, R.A. (Eds.). (1990). *Mental health care delivery.* Cambridge: Cambridge University Press.

McAlpine, D.D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: The roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research, 35*(1, Part 2), 277-292.

McCubbin, M., & Cohen, D. (1999). A systemic and value-based approach to strategic reform of the mental health system. *Health Care Analysis, 7*(1), 57-77.

McEwan, K., & Goldner, E.M. (2001). *Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit.* Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, Health Canada.

Mercier C., & White D. (1994). Mental health policy in Québec: Challenges for an integrated system. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada*, Vol. 61 (pp. 41-52). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Mercier, C., & White, D. (1995). [Mental health policies and the transfer of services to the community]. *Sante Mentale Quebec, 20* (1), 17-30.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.

Morgan, S. (1993). *Community mental health: Practical approaches to long-term problems.* London: Chapman & Hall.

Morrell-Bellai, T., Goering, P.N., & Boydell, K.M. (2000). Becoming and remaining homeless: A qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(6), 581-604.

Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds.). (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard University Press.

Nasir, H. (1994). *Mental health and health care resource allocation.* Edmonton, AB: Alberta Health.

Narrow, W.E., Regier, D.A., Norquist, G., Rae, D.S., Kennedy, C., & Arons, B. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(4), 147-155.

Newman, S.C., & Bland, R.C. (1987). Canadian trends in mortality from mental disorders, 1965-1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*(1), 1-7.

Newman, S.C., & Bland, R.C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*(4), 239-245.

Pandiani, J.A., Murtaugh, M., & Pierce, J. (1996). The mental health care reform debate: A content analysis of position papers. *Journal of Mental Health Administration, 23*(2), 217-225.

Peters, R., & Demerais, L. (1997). Improving mental health services for urban First Nations: Policy issues relevant to health care reform. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 29-36.

Pettifor, J.L. (1983). Who administered mental health? Fifty years of community mental health services in Alberta. *Canadian Mental Health, 31*(3), 24, 26.

Poulin, C., Gyorkos, T., Joseph, L., Schlech, W., III, & Lee, S. (1992). An epidemic of hepatitis B among injection drug users in a rural area. *Canadian Journal of Public Health, 83*(2), 102-105.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288.

Rachlis, M., & Kushner, C. (1994). *Strong medicine: How to save Canada's health care system.* Toronto: HarperCollins.

Raynault, M.F., Battista, R.N., Joseph, L., & Fournier, L. (1994). [Reasons for the hospitalization and length of stay of a homeless population in Montréal]. *Canadian Journal of Public Health, 85*(4), 274-277.

Read, N., & Gehrs, M. (1997). Innovative service redesign and resource reallocation: Responding to political realities, mental health reform and community mental health needs. *Canadian Journal of Nursing Administration, 10*(4), 7-22.

Reinharz, D., Contandriopoulos, A-P., & Lesage, A.D. (2000). Organizational analysis of deinstitutionalization in a psychiatric hospital. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 539-543.

Robbins, C.J., Bradley, E.H., & Spicer, M. (2001). Developing leadership in healthcare administration: A competency assessment tool. *Journal of Healthcare Management, 46*(3), 188-202.

Rochefort, D.A. (1997). *From poorhouses to homelessness: Policy analysis and mental health care* (2nd ed.). Westport, CT: Auburn House.

Roth, D., Lauber, B.G., Crane-Ross, D., & Clark, J.A. (1997). Impact of state mental health reform on patterns of service delivery. *Community Mental Health Journal, 33*(6), 473-486.

Scott, R.A., & Marks, I.M. (1990). Implementation and overview. In I.M. Marks & R.A. Scott (Eds.), *Mental health care delivery: Innovations, impediments and implementation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Scull, A. (1989). *Social order/mental disorder. Anglo-American psychiatry in historical perspective.* Berkeley: University of California Press.

Seaburn, D.B., Lorenz, A.D., Gunn, W.B., Jr., Gawinski, B.A., & Mauksch, L.B. (Eds.). (1996). *Models of collaboration.* Oakland: HarperCollins.

Senge, P.M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization.* New York, Doubleday.

Shore, M.F., & Vanelli, M. (2001). Leadership. In J.A. Talbott & R.E. Hales (Eds.), *Textbook of administrative psychiatry: New concepts for a changing behavioral health system* (2nd ed., pp. 43-51). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac.* New York: Wiley.

Shortt, S. (1986). *Victorian lunacy: Richard M. Bucke and the practice of late nineteenth century psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press.

Simmons, H.G. (1990). *Unbalanced: Mental health policy in Ontario, 1930-1989.* Toronto: Wall & Thompson.

Stephens, T. (1998). *Population mental health in Canada.* Ottawa: Health Canada, Mental Health Promotion Unit.

Stuart, H.L., & Arboleda-Florez, J. (2000). Homeless shelter users in the postdeinstitutionalization era. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(1), 55-62.

Taylor, F.W. (1911). *Scientific management.* New York: Harper & Row.

Torrey, E.F. (1996). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis.* New York: Wiley.

Torrey, E.F., Bigelow, D.A., & Sladen-Dew, N. (1993). *Quality and cost of services for individuals with serious mental illnesses in British Columbia compared with the United States.* Paper presented at the annual meeting of the National Alliance for the Mentally Ill, Miami, FL.

Torrey, E.F., & Zdanowicz, M. (1998, August 4). Why deinstitutionalization turned deadly. *Wall Street Journal.*

Trainor, J., Pape, B., & Pomeroy E. (1992). *Framework for support.* Toronto: Canadian Mental Health Association.

Trainor, J., Pape, B., & Pomeroy, E. (1997). Critical challenges for mental health policy. *Canadian Review of Social Policy, 39.*

van Uchelen, C.P., Davidson, S.F., Quressette, S.V., Brasfield, C.R., & Demerais, L.H. (1997). What makes us strong: Urban aboriginal perspectives on wellness and strength. *Canadian Journal of Community Mental Health, 16*(2), 37-50.

Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P., & Toner, B. (1997). A home-based treatment program for the treatment of acute psychosis. *Community Mental Health, 33,* 151-162.

Wasylenki, D., Goering, P., & Macnaughton, E. (1994). Planning mental health services: Background and key issues. In L.L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental health care in Canada,* Vol. 61 (pp. 21-29). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 164*(3), 397.

Wright, K., Rowitz, L., & Merkle, A. (2001). A conceptual model for leadership development. *Journal of Public Health Management Practice, 7*(4), 60-66.

Zapf, P.A., Roesch, R., & Hart, S.D. (1996). An examination of the relationship of homelessness to mental disorder, criminal behaviour, and health care in a pretrial jail population. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(7), 435-440.

# Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé mentale

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

**(NA122) La sécurité des patients avec démence vivant à domicile**

**Bénéficiaire : CLSC Côte-des-Neiges, Montréal**

**Contribution : 178 035 $**

Ce projet a mis au point et validé un questionnaire d'évaluation des risques courus par les personnes âgées atteintes de démence et vivant chez elles. Le questionnaire visait à dégager et à réduire les risques en évaluant les interventions appropriées et l'impact du conseil sur le soignant naturel. Le questionnaire mis au point l'a été dans deux versions (courte et longue) et dans deux langues (français et anglais) grâce à des travaux pilotes réalisés dans des milieux urbains, semi-urbains et ruraux de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec. On a demandé aux professionnels de la santé qui avaient aiguillé des patients vers le projet de passer en revue les questionnaires de leurs patients. Le taux de réponse des professionnels se montait à 50 pour cent au Québec, à seulement 15 pour cent en Alberta, et à zéro pour cent en Colombie-Britannique. Les auteurs estiment que cet outil peut être utilisé dans l'ensemble des provinces pour fournir une entrevue d'évaluation structurée, notamment lors de la première rencontre avec le patient atteint de démence et vivant à domicile.

**(NA149) Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux**

**Bénéficiaire : Association canadienne pour la santé mentale, Toronto**

**Contribution : 204 900 $**

Cette étude nationale cherchait à savoir comment les adultes du Canada atteints de maladie mentale grave (excepté la maladie d'Alzheimer) pourraient profiter des services de soins à domicile subventionnés par l'État. Le projet a réalisé une évaluation nationale de l'accessibilité, de la pertinence et de l'efficacité des services existants de soins à domicile destinés aux adultes atteints de troubles mentaux graves en examinant les sondages complétés dans 77 succursales de l'ACSM et dans 140 organismes de soins à domicile, les commentaires provenant de patients et de proches dans le cadre de 13 séances de réflexion collective tenues d'un bout à l'autre du pays et l'information recueillie au cours d'entrevues individuelles avec 142 intervenants clés. Simultanément, on a élaboré, mis en œuvre et évalué des programmes pilotes à vocation régionale à Taber, Ottawa et Saint John's, lesquels montraient que l'intégration de la santé mentale et des soins à domicile peut se faire de différentes manières. Le rapport recommande que l'on apporte une série de changements à la politique et à la pratique qui allégerait le « syndrome de la porte tournante » qui voit les malades mentaux entrer à l'hôpital et en sortir dans un cycle sans fin : incorporer au congé de l'hôpital la planification de l'admission aux soins à domicile, fournir un soutien accru aux soignants naturels et au personnel des soins à domicile, réaliser une gestion intensive des dossiers. De plus, le rapport établit le bien-fondé de l'amélioration de l'intégration des services de soins à domicile et de santé mentale dans toutes les régions canadiennes.

**(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés**

**Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada**

**Contribution : 618 455 $**

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel

imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

**(AB301) Projets de services de soins primaires de l'Alberta**

**Bénéficiaire: Alberta Health and Wellness**

**Contribution : 11 112 759 $ – Vingt-sept projets**

Ce rapport constitue une méta-analyse de 27 programmes d'évaluation ou pilotes de l'Alberta. Les projets relevaient de six stratégies clés, à savoir : l'accès aux soins en régions rurales et éloignées, la prévention des maladies et la promotion sanitaire dans le cadre de l'amélioration des services à la collectivité, l'intervention précoce et l'éducation, la restructuration du système de santé, la prestation de services intégrés, l'amélioration de la qualité des soins et services et des applications de modèles de centres de soins communautaires. Les résultats obtenus dans le cadre des projets se traduisent, à divers degrés, par une meilleure compréhension des six dimensions nationales des soins de santé primaires. Certains projets indiquaient que les méthodes de rémunération actuelles des médecins avaient pour effet de freiner leur coopération inter- et multidisciplinaire. Bon nombre de projets illustraient la réussite de la prestation de services intégrée et se soldaient par une amélioration de la continuité des soins. D'autres projets mettaient en lumière la nécessité d'un partage d'information accru entre fournisseurs de soins, clients, organismes gouvernementaux et administrateurs. D'autres encore faisaient valoir l'importance et les avantages des stratégies d'intervention précoce et de sensibilisation du public. Les projets réalisés en régions rurales ou éloignées ont mis à l'essai des stratégies de rechange efficaces pour améliorer les soins primaires comme la télésanté, les infirmières en poste éloigné, les équipes médicales à distance et le suivi des calendriers de vaccination. Tous ces projets ont fourni un rapport individuel que viennent compléter des feuillets d'information et des résumés.

**(AB301-3) Proposition du Centre de santé « 8th and 8th » pour une évaluation réflexe**

Ce centre de santé, situé au centre-ville de Calgary, offre des services médicaux d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que des services de santé publique et mentale, de soins continus et de liaison communautaire. Cette évaluation visait à améliorer le centre et, selon les résultats, à explorer l'implantation possible d'autres centres de ce type dans la région. Cette étude a révélé que les services offerts par le centre étaient utilisés par un nombre important de patients qui ne travaillaient ni ne résidaient dans le centre-ville; les raisons principales de leur fréquentation du centre comprenaient son emplacement, sa commodité, la satisfaction des clients vis-à-vis des services et du personnel, les délais d'attente réduits et peut-être aussi le fait que les clients n'avaient pas de médecin de famille attitré. L'étude suggère toutefois que la continuité des soins risque de souffrir de l'intégration des soins d'urgence à un modèle de centre de santé.

**(AB301-9) Amélioration et évaluation du programme COPE (Programme d'approche communautaire en pédiatrie/psychiatrie et éducation) : une initiative de soins primaires à l'école**

Ce projet cherchait des manières d'améliorer et d'évaluer un programme de santé mentale scolaire qui identifie et diagnostique les enfants ayant des troubles mentaux. Le projet examinait les relations entre le personnel médical et le personnel scolaire et dans quelle mesure les parents connaissaient les troubles mentaux de leurs enfants. Le but à long terme de ce projet était de réduire les problèmes sanitaires et sociaux associés à la détection tardive des troubles mentaux. Ce projet a permis de diagnostiquer de façon plus précise, précoce et complète les difficultés émotives et comportementales et les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Par contre, la structure de financement reposant sur la rémunération à l'acte décourage effectivement les médecins d'exercer en milieu scolaire.

**(AB301-10) Évaluation des soins de santé mentale partagés en pratique de soins primaires**

Ce projet visait à établir de meilleurs liens entre les médecins de famille et les spécialistes en santé mentale (psychiatres, psychologues et infirmières) en leur permettant de prodiguer leurs soins de santé mentale

dans les cabinets de médecins de famille. Les soins de santé mentale ont été partagés par trois psychiatres, vingt-quatre médecins de famille, trois infirmières en santé mentale et un psychologue. L'étude a révélé que les médecins de famille participants faisaient preuve d'une efficacité et d'une confiance accrues lorsqu'ils abordaient les troubles mentaux et qu'ils pouvaient mieux reconnaître, diagnostiquer et traiter les patients atteints de tels troubles. Ils consacraient davantage de temps à leurs consultations aux patients et semblaient prescrire plus adéquatement les médicaments psychotropes. Les patients étaient satisfaits de cette formule et déclaraient apprécier la commodité et l'accessibilité des soins de santé mental offerts en cabinet de médecin de famille ainsi que l'absence de honte qu'il en découlait.

**(AB301-13) Évaluation du centre d'Edmonton pour les survivants à la torture et aux traumas (ECSTT)**

Ce projet constituait une évaluation rétrospective des services fournis par l'ECSTT. Ce centre, ouvert en 1994, évalue les besoins d'immigrants réfugiés qui ont souffert de tortures et de traumas et les aiguille vers les services pertinents. Le centre offre sur place les services d'un thérapeute, coordonne des programmes destinés aux femmes et aux enfants et forme des conseillers non professionnels. L'étude révèle que, dans l'ensemble, les clients se déclarent satisfaits des services de soutien et rapportent une amélioration de leur bien-être physique et mental. Un de ses avantages clés, particulièrement pour les femmes somaliennes, était l'opportunité de rencontrer d'autres personnes de même origine ethnique, de parler leur langue maternelle et de partager leurs sentiments d'isolement. L'apprentissage de nouvelles habiletés – notamment apprendre l'anglais, apprendre à coudre et à utiliser l'ordinateur – les motivait à continuer de participer aux cours.

**(BC121) Programme de traitement à domicile des psychoses aiguës**

**Bénéficiaire : Capital Health Region**

**Contribution : 187 000 $**

Cet essai d'une durée de 10 mois visait à déterminer si, pour les patients atteints de psychose aiguë, les soins à domicile constituent une solution de rechange efficace et rentable à. l'hospitalisation. Dans le cadre de cette expérience, 10 infirmières œuvrant en centre régional de santé ont reçu la formation leur permettant de gérer 37 épisodes de soins actifs à domicile. Seuls trois clients ont exigé une brève hospitalisation ou une réadmission. En dérogation à la pratique conventionnelle, c'est à domicile que cinq patients ont démarré un traitement à la clozapine. On a constaté que les clients n'exigeaient pas de personnel de soutien à domicile ou de travailleurs sociaux en plus du personnel dont ils disposent habituellement. Bien que les économies en matière de frais de fonctionnement soient modestes, de tels programmes permettent d'éviter les coûts d'immobilisation liés aux lits de psychiatrie additionnels. Six mois après la fin du projet, la Capital Health Region a annoncé qu'elle finançait des services permanents et élargis s'appuyant sur ce modèle.

**(BC124) Meilleure gestion des cas de démence**

**Bénéficiaire : Upper Island/Central Coast Community Health Services Society**

**Contribution : 126 623 $**

Cette initiative avait pour but d'augmenter les connaissances et la confiance des dispensateurs de services et des soignants naturels qui soutiennent les personnes atteintes de démence hors établissement. Le projet a permis l'élaboration et la tenue d'une série de séances d'éducation et de séances tenues sur place à l'intention des travailleurs de soutien à domicile, des responsables de cas et des superviseurs du maintien à domicile. Après avoir suivi leur formation, les responsables de cas ont augmenté le temps qu'ils passaient avec les soignants naturels. Tous les membres de l'équipe de soutien ont bénéficié des retombées positives de la création, dans un hôpital local, d'un poste expérimental voué entièrement à la gestion des cas et chargé du dépistage, de la prise en charge et du congé des patients atteints de démence. Les chercheurs ont constaté que les travailleurs de soutien à domicile s'intéressaient au programme en plus grand nombre que prévu. Les participants ont rapporté que leurs connaissances, leur confiance et la fierté d'appartenir à l'équipe s'étaient « infiniment multipliées » dans le cadre du projet.

**(BC403) Troubles de l'alimentation chez les jeunes du Nord**

**Bénéficiaire : Northern Interior Health Unit**

**Contribution : 277 870 $**

Ce projet de 18 mois cherchait à aider les médecins et les résidants de collectivités rurales et isolées à mieux prévenir les troubles de l'alimentation et à les traiter plus près de chez eux. Il impliquait 30 collectivités et 385 participants. Les concepteurs ont mis sur pied un comité de conseillers régionaux se réunissant mensuellement, ont utilisé des enquêtes pour examiner les besoins et les ressources communautaires, puis ont préparé et donné diverses séances de formation de plusieurs jours sur la prévention, l'intervention et le traitement. L'étude suggère qu'un cadre théorique pourrait être intégré dans une politique provinciale/fédérale sur les troubles de l'alimentation. Le cadre décrit et fait valoir une approche plus globale et plus intégrée de la prévention, de l'intervention, du traitement et du diagnostic, et il présente de solides arguments en faveur du développement des ressources consacrées au traitement de ces troubles.

**(BC423) Santé mentale en direct : un cas de gestion de l'information**

**Bénéficiaire : University of British Columbia**

**Contribution : 251 250 $**

Ce projet explorait en profondeur et de manière généralisée la multitude d'enjeux entourant la gestion de l'information dans le contexte de la santé mentale en Colombie-Britannique. La gestion de l'information englobe l'information proprement dite, la gestion du processus, la diffusion de l'information et la gestion de la technologie. Le rapport aborde les enjeux liés aux échanges d'information entre de multiples utilisateurs et entre le client et sa famille, afin d'améliorer les services aux personnes touchées par les troubles mentaux. Il examine également les enjeux relatifs au droit pénal, à la confidentialité et aux atteintes éventuelles à la protection de la vie privée. Le rapport recommande la participation active des personnes touchées par les troubles mentaux à la planification et à l'élaboration de systèmes de gestion de l'information ainsi que l'augmentation du financement fédéral en faveur d'une infrastructure d'activités participatives.

**(PE421) Projet d'intégration pour les troubles autistiques**

**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution: 171 831 $**

Cette initiative provinciale échelonnée sur deux ans visait à améliorer les services de traitement offerts aux enfants autistes et à leur famille en réduisant la dépendance envers les institutions extérieures à la province et les besoins d'interventions à long terme. Le projet a mis sur pied un comité de parents et de professionnels qui supervisait l'intégration des services et assurait la formation d'un spécialiste des programmes pour autistes. Le projet a également mis en œuvre une clinique tournante sur l'autisme qui rassemblait des services de pédiatrie, d'orthophonie et d'ergothérapie ainsi que des spécialistes de la psychologie de l'enfant et des programmes pour autistes. Les chercheurs ont conclu que le nouveau modèle réduisait le stress chez les parents et rehaussait la prestation des services. Les parents signalaient, chez leurs enfants, des améliorations sur le plan des compétences physiques, mentales, sociales et linguistiques. En revanche, ils déclaraient que les responsabilités liées à la formation et à la supervision des travailleurs à domicile étaient extrêmement exigeantes.

**(NS421) Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale**

**Bénéficiaire : The Nova Scotia Hospital**

**Contribution : 397 200 $**

Ce projet a mis à l'essai un modèle de partage des soins pour la prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer la détection, les interventions précoces, l'accès aux services appropriés et les résultats. Le modèle de partage des soins a déployé des travailleurs en santé mentale et des psychiatres dans les milieux de soins primaires de quatre sites de la Nouvelle-Écosse : un centre de santé communautaire en plein centre-ville, deux centres de médecine familiale, l'un en zone urbaine et l'autre en zone rurale et un site de comparaison. Chaque site d'intervention était doté de trois médecins de famille ETP salariés, d'une réceptionniste, d'un psychiatre et d'un travailleur en santé mentale. Le site de comparaison, lui, avait des

médecins rémunérés à l'acte. Au total, 241 patients ont donné leur autorisation écrite de participation à la recherche. L'évaluation a permis de constater que les patients des sites visés par l'intervention jouissaient d'un accès amélioré aux services de santé mentale pertinents : réduction des délais d'attente, diminution des visites à l'urgence, accroissement des aiguillages pour des consultations en santé mentale dans leur propre site, taux élevés de satisfaction des patients. Les résultats pour les patients se sont améliorés sur le plan de la santé mentale, et on remarquait une collaboration et une communication accrues entre les divers dispensateurs de soins.

**(ON321) Troubles mentaux dans le contexte de soins primaires**

**Bénéficiaire : Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto**

**Contribution : 195 294 $**

Cette étude cherchait à savoir si un classeur et un atelier de formation en santé mentale pouvaient améliorer les compétences et la confiance des médecins de premiers recours en matière de détection, de diagnostic, de gestion et de traitement des troubles communs de santé mentale. Le matériel de formation a été élaboré par la Division de la Santé mentale et par le Programme de lutte contre les toxicomanies de l'Organisation mondiale de la santé, et selon les constatations de l'étude, les groupes de réflexion en préféraient le contenu à celui de la documentation publiée par les compagnies pharmaceutiques. Au total, 2548 médecins œuvrant dans trois milieux ont été sélectionnés pour l'envoi du matériel : classeurs, questionnaires pré-test, invitation à suivre l'atelier doté de crédits d'EMC. L'étude a évalué deux groupes de médecins : ceux qui ont retourné le questionnaire pré-test et ont assisté à l'atelier, et ceux qui ont reçu la documentation et ont complété les questionnaires sans participer à l'atelier. Les médecins des deux groupes ont rapporté une amélioration de leur confiance et de leurs compétences relatives à la détection et au traitement de la dépression et de l'angoisse, mais on n'observait aucune différence entre ceux qui avaient seulement lu le matériel du classeur et ceux qui avaient participé à l'atelier. Par contre, pour ce qui est de la lutte aux toxicomanies, les médecins qui avaient assisté à l'atelier déclaraient y avoir gagné une confiance accrue, ce que ne faisaient pas ceux qui n'avaient fait que lire la documentation.

**(QC407) Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie**

**Bénéficiaire : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas**

**Contribution : 174 311 $**

Depuis septembre 1997, une équipe de travailleurs de l'hôpital Douglas, un établissement psychiatrique de Montréal, utilise le modèle ACT (« Assertive Community Treatment »), mis au point aux États-Unis pour traiter, dans leur propre milieu, les patients atteints de troubles mentaux graves et dont le traitement se révèle difficile dans les milieux conventionnels. Ce projet a complété le modèle ACT en lui ajoutant une dimension de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie pour cette population. L'intégration des services a permis de satisfaire aux besoins de sujets qui seraient habituellement exclus des traitements liés à l'alcool et aux drogues du fait de leurs troubles mentaux et exclus des programmes de santé mentale du fait de leur toxicomanie ou alcoolisme. Les chercheurs ont conclu qu'il est possible d'appliquer au Canada le modèle ACT qui provient des États-Unis en dépit des différences entre les systèmes de santé. L'évaluation du projet montre qu'il exerce une incidence importante sur la qualité de vie des patients, quoique le projet n'ait pas réussi à réduire l'alcoolisme ou la toxicomanie de manière significative. Dans l'ensemble, les réductions de coûts se montaient à environ 4 000 $ par an et par patient.

**(QC408) Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'un programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : Les Habitations Nouveau Départ (HND)**

**Bénéficiaire : Les Habitations Nouveau Départ**

**Contribution : 900 000 $**

Ce projet évaluait l'efficacité d'une initiative intitulée Habitations Nouveau Départ (HND) qui avait été conçue pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux à répondre à leurs besoins en matière de logement et d'intégration sociale. Les clients étaient répartis en groupes en fonction de la dispensation des services : par le biais des Habitations Nouveau Départ, par le biais des services d'approche communautaire de l'hôpital Pierre-Janet ou par la combinaison des deux. On a ensuite comparé les groupes pour voir si

le programme HND était plus efficace que le soutien offert par l'intermédiaire de l'hôpital. On mesurait l'efficacité en fonction de l'incidence sur la santé mentale des participants et sur leur utilisation des autres services communautaires. Le rapport conclut que le soutien en faveur d'un logement adéquat est une composante importante des services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux.

**(QC424) Élaboration et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**

**Bénéficiaire : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis**

**Contribution : 449 676 $**

Ce projet visait l'élaboration et l'évaluation de services de consultation culturelle dans le domaine de la santé mentale dans trois hôpitaux montréalais, y compris un hôpital pour enfants. Son but était d'améliorer l'accès à des services en santé mentale culturellement adaptés par des patients aux antécédents culturels variés notamment des immigrants, des réfugiés, divers groupes ethnoculturels ainsi que des patient des Premières nations et inuits. L'un des sites offrait des consultations uniquement à d'autres praticiens tandis que les deux autres dispensaient également des traitements. Ils faisaient tous appel aux services d'interprètes et de « courtiers culturels » afin de surmonter les obstacles à la communication. L'évaluation montrait que les interventions tenant compte des différences culturelles amélioraient l'évaluation et le traitement. Le projet a également conçu une base de données des ressources communautaires et un site Web proposant des liens vers des sites extérieurs relatifs à la compétence culturelle.

**(QC428) Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary**

**Contribution : 35 013 $**

Cette étude, réalisée dans la clinique gériatrique d'un hôpital montréalais, fournit des renseignements sur ce qui ce passe lorsqu'un médecin de premier recours aiguille des patients vers des psychiatres gériatriques. Le virage ambulatoire du Québec met actuellement l'accent sur les soins de santé communautaires et exige des ressources hospitalières qu'elles jouent un rôle de consultation; cependant, la revue de la littérature effectuée par les chercheurs n'a mis à jour aucun modèle efficace de ce genre d'interaction dans le cas de patients en gériatrie. Le processus de consultation gériatrique englobait les vues des patients et de leur famille, celles des médecins ayant référé les patients et celles des psychiatres consultés. Quoique la plupart des patients et des médecins de premier recours soient satisfaits, ces derniers et les spécialistes consultés n'étaient que modérément d'accord sur le type de consultation réclamé, la raison de la consultation et la responsabilité des traitements supplémentaires. Le rapport souligne quelques-uns des problèmes soulevés par la démarche de consultation et propose des moyens simples d'améliorer la communication et donc de rehausser les soins aux patients.

**(QC430) Info-Santé CLSC : Projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull, Québec**

**Contribution : 225 143 $**

Les 28 protocoles élaborés dans le cadre de ce projet aident les infirmières logeant les appels téléphoniques à Info-santé à répondre de manière plus adéquate aux personnes appelant au sujet de problèmes de santé mentale. Les protocoles concernaient un éventail de troubles correspondant à une clientèle variée. Les infirmières ont suivi une formation de deux jours; celle-ci et les protocoles ont été fort bien accueillis. Pourtant, bien que les infirmières soient à même de répondre à la plupart des questions relatives à la santé, elles s'estimaient mal préparées en ce qui concerne la santé mentale car elles trouvaient que leur formation trop générale ne couvrait pas les problèmes particuliers auxquels elles étaient confrontées. Les chercheurs observent qu'une formation de deux jours n'est pas suffisante et qu'elle devrait être suivie d'une supervision de trois mois afin que les infirmières puissent incorporer la théorie dans leur pratique. Les protocoles (en français et en anglais) ainsi que la formation sont mis à la disposition des autres CLSC. Les auteurs font remarquer que le coût d'un appel téléphonique à une infirmière est environ un cinquième de celui d'une visite à l'urgence.

**(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujjuaq, Québec**

**Contribution : 488 238 $**

Ce projet pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

**(SK324) Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire**

**Bénéficiaire : Battlefords Health District**

**Contribution : 171 600 $**

Ce projet fournissait des services de santé mentale à des enfants d'âge scolaire au comportement agressif en offrant ces services non plus dans les établissements de soins mais dans les écoles, les domiciles et la collectivité. On espérait ainsi intégrer les services et rejoindre les enfants que l'on ne rejoint pas traditionnellement. L'étude portait sur 13 enfants issus de familles présentant de « multiples problèmes ». La majorité des participants étaient d'ascendance autochtone, de sexe masculin, vivaient dans des familles monoparentales ou des familles élargies. Ils faisaient partie pour la plupart de foyers à faible revenu; tous manifestaient un comportement agressif ou de défi, et on estimait que certains d'eux risquaient de manifester un comportement criminel. Les professionnels en santé mentale et les travailleurs sociaux ont encouragé la participation des enseignants, des administrateurs d'école et des familles. Les services étaient fournis après les heures de classe et dans divers environnements non conventionnels. Une évaluation qualitative des données a conclu que chez 10 des 13 enfants, le projet s'est traduit par une amélioration du comportement. Cependant, une évaluation quantitative n'a pu confirmer ces résultats.

**(SK327) Programme de services aux survivants : projet pilote proposé pour un modèle de prestation intégrée de services à des femmes ayant subi des sévices sexuels dans leur enfance**

**Bénéficiaire : Tamara's House Services for Sexual Abuse Survivors Inc.**

**Contribution : 151 000 $**

Cette évaluation de trois thérapies non conventionnelles a été réalisée par Tamara House de Saskatoon – une halte-accueil communautaire à but non lucratif pour les survivantes de la violence sexuelle. Il s'agissait de : Aroma-Massage – massage alliant des huiles essentielles et une ambiance musicale; Reiki – stimulation des méridiens pour libérer l'énergie bloquée; Approches corporelles et psychodrame – traitement de défoulement. Près de la moitié des participantes ont également continué à recevoir un soutien thérapeutique de la part de conseillères ou de groupes d'entraide. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies auprès d'évaluateurs de l'extérieur, de praticiens et de participantes. Les participantes à l'étude s'enthousiasmaient pour ces trois thérapies parallèles.

**(SK329) Services de consultation sur les garderies**

**Bénéficiaire : Saskatoon District Health**

**Contribution : 140 000 $**

Le but de ce projet était de surmonter les obstacles traditionnels aux services de santé mentale pour 112 enfants d'âge préscolaire à risques fréquentant des milieux de garde de jour. De plus, il souhaitait accroître les compétences et les connaissances de 91 travailleurs assurant les services de garde à des enfants qui manifestent un comportement agressif ou non conforme. Le projet a embauché deux thérapeutes du comportement à temps plein qui ont prodigué évaluations, aiguillages, soutien, ateliers aux familles et au personnel communautaire. En outre, un groupe d'intervenants communautaires se réunissait mensuellement afin de surveiller les progrès et de donner sa rétroaction à l'équipe. L'évaluation du

projet suggérait que le projet avait bénéficié aux enfants, à leur famille et aux 91 travailleurs assurant les services de garde. Le comportement des enfants s'est amélioré, ils ont bénéficié d'un meilleur accès aux services, et le personnel a déclaré qu'il avait beaucoup appris. Plus de la moitié des parents participants ont signalé qu'ils avaient appris de meilleures façons de faire face au comportement de leurs enfants à la maison. Dans l'ensemble, le modèle convenait mieux aux enfants fréquentant des centres de garde de jour qu'à ceux fréquentant des foyers d'accueil ou des crèches.

**(SK423) Intervention préventive pour les familles aux prises avec des troubles affectifs : mise en œuvre et évaluation d'un programme d'intervention préventive en Saskatchewan**
**Bénéficiaire : Prince Albert Health District**

**Contribution : 127 750 $**

Les enfants de parents atteints de dépression courent un risque important de contracter des troubles psychiatriques durant leur enfance ou leur adolescence. Cette étude a réalisé la mise en œuvre et l'évaluation de deux stratégies d'intervention préventive et les a modifiées afin qu'elles puissent être utilisées dans le district de santé de Prince Albert. Les interventions étaient soit une série de rencontres familiales animées par un clinicien et axées sur les questions entourant la dépression et le fonctionnement de la famille soit un cours qui couvrait à peu près les mêmes sujets mais qui n'impliquait pas les enfants et n'incorporait pas de discussions familiales. L'évaluation a constaté qu'une intervention brève impliquant la famille était satisfaisante et utile à la fois pour le patient et pour ses proches. Jusqu'à six mois après l'achèvement du projet, 94 pour cent des patients atteints de dépression et 78 pour cent des conjoints se disaient de modérément à extrêmement satisfaits à la fois du cours et de l'intervention dirigée par un clinicien. Les chercheurs n'ont observé aucune différence significative entre les résultats du groupe ayant suivi le cours et ceux du groupe dont l'intervention était menée par un clinicien.